

**UNIVERZITA
JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

Disertační práce

Mgr. Bc. Blanka Gruberová

Zneužívání návykových látek u ohrožených skupin mladých lidí
z ústavních zařízení

Praha 2013

Školitel disertační práce:
doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Dissertation Thesis

Mgr. Bc. Blanka Gruberová

Substance Misuse among Vulnerable Groups of Young People from
Institutional Facilities

Prague 2013

The Dissertation Thesis Work Supervisor:

doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená disertační práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a uvádím v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 1. 3. 2013

.....

Blanka Gruberová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat své školitelce doc. PaedDr. Evě Šotolové, Ph.D. za odborné vedení, pomoc a rady při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat prof. PhDr. Miloslavu Kodýmovi, CSc. za cenné připomínky k teoretické i metodologické části práce a Ing. Martinu Loveckému za pomoc se statistickým zpracováním dat.

Zvláštní poděkování náleží dětem z ústavních zařízení, se kterými jsem se setkala, s nimiž jsem pracovala a jež mě nechaly nahlédnout do svých životních osudů.

Anotace

Problematika užívání návykových látek je v současné době velmi diskutovaným tématem. Významné změny probíhající v období dospívání činí jedince velmi zranitelným. Z tohoto pohledu je dospívající mládež považována za jednu z nejohroženějších skupin. Ve spojitosti s institucionální výchovou je nebezpečí mnohem větší. Právě jedinci v ústavní péči patří k vysoce ohrožené skupině, u které existuje velké riziko, že začnou užívat drogy v nižším věku, častěji a problémovějším způsobem.

Disertační práce se zabývá užíváním návykových látek jako součástí syndromu rizikového chování v dospívání. Cílem je předložit zjištěné poznatky z oblasti užívání návykových látek u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou v Plzeňském kraji a hlavním městě Praze.

Klíčové pojmy:

Dospívání, návyková látka, ohrožené skupiny, prevence, protektivní faktory, rizikové faktory, syndrom rizikového chování, systém péče.

Annotation

Issues regarding addictive substance usage are being intensively discussed these days. Significant changes within growing up periods of every individual make them very vulnerable. In this regard, growing up youth is considered as most threatened group. Jeopardy is even higher in the context of institutional rising. Particularly individuals in institutional care belong to most endangered group, with risk of early age habit-forming substance abuse.

This dissertation is focused on addictive substance usage as a part of risk-behaviour syndrome while growing up. The aim is to introduce new findings in the framework of addictive substance usage by adolescents with decreed institutional rising and protection.

Key words

Adolescence, Addictive Substance, Vulnerable Groups, Prevention, Protective Factors, Risk Factors, Risk-behaviour Syndrome, System of Care.

OBSAH

Úvod	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Období dospívání a jeho specifika	11
1.1 Období pubescence	14
1.2 Období adolescence	18
1.3 Specifické vývojové problémy dospívajících ve společnosti	22
1.4 Charakteristika dospívajících v současnosti a důležitost nalezení smyslu vlastního života	23
2 Syndrom rizikového chování v dospívání	27
2.1 Negativní jevy v oblasti psychosociální	28
2.2 Rizikové chování v oblasti reprodukční	36
3 Užívání návykových látek u dospívajících	42
3.1 Základní terminologie	42
3.2 Klasifikace návykových látek	44
3.3 Kategorie užívání návykových látek	47
3.4 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek	50
3.5 Teorie vzniku a vývoje závislosti	52
3.6 Prevalence a vzorce užívání návykových látek u dospívajících	54
3.7 Specifika v užívání návykových látek u dospívajících	56
3.8 Somatické a psychické komplikace užívání návykových látek u dospívajícího	58
4 Ohrožené skupiny mladých lidí	61
4.1 Role rizikových a ochranných faktorů v užívání návykových látek v dospívání	63
4.2 Rizikové faktory	65
4.3 Ochranné faktory	79
5 Náhradní výchova v resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy	82
5.1 Základní terminologie	82
5.2 Zařízení pro výkon ústavní výchovy	83
5.3 Specializovaná oddělení v pobytových zařízeních speciálního školství	86
6 Prevence užívání návykových látek a léčba závislosti	90
6.1 Prevence a její klasifikace	91

6.2	Prevence rizikového chování v podmínkách ústavní výchovy	94
6.3	Léčba závislosti u dospívajících	96
II.	PRAKTICKÁ ČÁST.....	112
1	Zaměření a cíle výzkumu.....	113
2	Výzkumný problém a výzkumné hypotézy	114
3	Charakteristika výzkumného šetření	117
3.1	Použité výzkumné metody.....	117
3.2	Výzkumná metodika.....	120
4	Charakteristika výzkumného souboru	123
5	Etické zásady	129
6	Analýza dat	130
6.1	Srovnání výzkumného souboru s daty ESPAD 2007	130
6.2	Interpretace výsledků průzkumu.....	151
6.3	Shluková analýza výzkumného souboru	160
7	Diskuse	178
8	Doporučení pro oblast teorie a praxe speciální pedagogiky	190
	Závěr	192
	Resumé.....	195
	Summary	196
	Seznam použitých zdrojů	197
	Seznam obrázků.....	214
	Seznam tabulek	215
	Seznam grafů.....	217
	Seznam příloh.....	220

Motto

„Velká část našich mladých lidí vyrůstá s omezenými zdroji a za nepříznivých podmínek, které mnohým z nich způsobuje vážné – a možná nevratné – škody na zdraví, vývoji a vlastně celém životě. Ti, kterým se podaří tyto podmínky překonat a prosadit se v širší společnosti, si zaslouží vyznamenání za hrdinství. Naopak ty, jejichž život se vychýlil z dráhy příležitostí, lze považovat pouze za oběti.“

Richard Jessor (1991)

Úvod

V průběhu ontogenetického vývoje se setkáváme s celou řadou projevů, které lze označit jako „neposlušné“ či „problémové“ chování. Jedná se například o neposlušnost, vzdorovitost, odmítání autorit, krádeže a mnohé další. Neopomenutelnou část však tvoří také drogová problematika a užívání návykových látek.

Užívání návykových látek představuje jeden ze zásadních globálních problémů, který zasahuje do všech oblastí lidské společnosti. Týká se a ovlivňuje každého z nás, ať již v otázkách sociálních, ekonomických, bezpečnostních či zdravotních. Mezi nejrizikovější skupinu v oblasti užívání návykových látek patří populace dětí a mladistvých. Právě období dospívání je komplikovanou životní etapou doprovázenou snahou člověka o separaci od rodičů a touhou začlenit se do skupiny vrstevníků. Jedná se o období experimentování, testování hranic a odmítání pravidel. Je potřeba mít na paměti, že určitý stupeň problémového chování je pro uvedené období příznačný. Potíže však nastávají tehdy, když problémové chování přetrvává, opakuje se a stává se pro jedince či společnost nebezpečné.

Dospívající obecně považujeme za ohroženou skupinu. Mezi nimi navíc existují určité skupiny, které označujeme jako vysoce ohrožené. Jedná se například o děti v ústavní péči, mladé lidi bez domova, mladistvé pachatele trestné činnosti, mladé lidi s nedokončeným vzděláním a mnohé další. Vzhledem k situaci, že je riziko rozvoje problémů souvisejících s návykovými látkami vyšší, je potřeba jim věnovat zvláštní pozornost.

Z odborné literatury vyplývá, že problematika užívání návykových látek u dětí v ústavních zařízeních je velmi závažný problém, který u nás doposud nebyl dostatečně zmapován. Hlavním cílem disertační práce bylo shrnout a rozšířit aktuální stav poznatků o užívání návykových látek u adolescentů z ústavních zařízení. Stanoveného cíle bylo dosahováno ve dvou částech disertační práce – v teoretické a praktické.

Teoretická část práce představuje základní souhrn teoretických východisek vývojové etapy dospívání a problematiky syndromu rizikového chování, ale i poukázání na roli rizikových a ochranných faktorů v rozvoji užívání návykových látek a možnost jejich řešení. Východiskem pro vytvoření teoretického rámce práce bylo studium dostupné české i zahraniční literatury a dalších zdrojů.

Hlavní cíl praktické části disertační práce spočívá v analýze aktuálního stavu užívání návykových látek jako součásti syndromu rizikového chování v adolescenci. Cílem je shrnout současné poznatky z oblasti užívání návykových látek u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou ve dvou krajích České republiky, a to v Plzeňském kraji a Hlavním městě Praze. Výsledný profil závažnosti identifikovaných problémů nám umožní lepší porozumění potřebám adolescentů a vytipování těch oblastí, na které by mělo směřovat preventivní působení. Výstupem bude proniknutí do zkoumané problematiky, porozumění její bázi a nástin řešení případných deficitů směřovaných primárně do oblasti prevence.

Výsledky disertační práce by měly být přínosem pro teorii i praxi speciální pedagogiky, především pro obor etopedie a adiktologie, dále by měly přispět studentům společenskovědních a zdravotnických oborů a širší veřejnosti k porozumění námi stanovené problematiky. Kardinálním cílem je teoreticky i empiricky zdůvodnit naši akcentaci na opodstatněnost a nezbytnost prevence směřované na děti z ústavních zařízení. Naším přáním je, aby tato práce dokázala motivovat studenty, odborníky, rodiče či širokou veřejnost k zájmu o studium odborné literatury a aby se stala incentivou ke kladení otázek, jejichž vyústěním by mohla být realizace dalších vědeckých výzkumů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Období dospívání a jeho specifika

Vývojové etapě dospívání se věnuje celá řada odborných publikací¹. Rozsáhlé a ucelené kapitoly nalezneme taktéž v každé učebnici vývojové psychologie. Následující text se proto nebude zabývat všemi klíčovými rysy dané životní etapy. Pokusíme se poukázat pouze na některé důležité charakteristiky, které jsou pro uvedené období typické.

Dospívání je období významných fyzických i psychických změn, stejně jako velkých změn v oblasti sociálních vztahů a interakcí. Je považováno za přechodnou fázi, kdy člověk přestává být dítětem, avšak zatím není dospělým. Jedná se o jedno z rizikových období lidského života (Hamanová, 2009). Představuje formování vlastní identity, separaci od rodiny, počátek intimních vztahů a volbu povolání pro zajištění ekonomické nezávislosti (Leifer, 2004).

Časově vyplňuje dospívání zejména druhé desetiletí života. Konkrétní časové rozpětí se přitom u jednotlivých autorů značně různí (Macek, 2003). Langmeier a Krejčířová (2006) vymezují období dospívání 11. a 12. rokem až 20. a 22. rokem věku. Vzhledem k značnému věkovému rozpětí uvedené období dále diferencují, tj. rozdělují dospívání na pubescenci, kterou dále člení na fázi prepuberty a fázi vlastní puberty, a na následné období adolescentní:

- **Období pubescence** – zhruba od 11 do 15 let.
 - *Fáze prepuberty* (1. pubertální fáze). Začíná prvními známkami pohlavního dospívání a obvykle i prvním výrazným urychlením růstu. Končí nástupem menarche u dívek a prvními nočními polucemi u chlapců. U většiny dívek trvá tato fáze zhruba od 11 do 13 let, u chlapců probíhá vývoj zhruba o 1 až 2 roky později.
 - *Fáze vlastní puberty* (2. pubertální fáze). Nastupuje po dokončení fáze prepuberty a trvá do dosažení schopnosti reprodukce. Zhruba můžeme období vlastní puberty vymezit věkem 13 až 15 let.
- **Období adolescence** – zhruba od 15 do 22 let.

¹ Blíže například Langmeier a Krejčířová (2006); Vágnerová (2000); Tyrlík, Macek a Širůček (2010); Macek (2003).

- V období adolescence je postupně dosahována plná reprodukční zralost a dokončován tělesný růst (ačkoliv pomalejším tempem). Rychle se mění postavení adolescenta ve společnosti – dochází k přechodu na střední školy či učiliště, začínají častější a hlubší erotické vztahy, mění se zásadně sebezpojetí.

Někteří autoři (např. Macek, 2003) se přiklánějí k širšímu pojetí, podle kterého je adolescencí myšleno celé období mezi dětstvím a dospělostí. Adolescenci poté diferencují na fázi časnou, střední a pozdní (viz Tabulka 1).

Tabulka 1: Růst a vývoj adolescenta

	Raný (10-13 let)	Střední (14-16 let)	Pozdní (17-21)
Fyzický růst	Objevují se sekundární pohlavní znaky	Růstový skok	Růst se zpomaluje
Představa o vlastním těle	Sebevědomá, přizpůsobuje se pubertálním změnám	Experimentuje s různými představami a vzhledy	Přijímá představu o svém těle, projevuje se osobnost
Představa o sobě samém	Nízké sebevědomí, popírání reality	Impulzivní, netrpělivý, nejasná identita	Pozitivní sebeobraz, empatie, nezávislé myšlení
Chování	Chová se tak, aby získal odměnu	Konformní chování	Odpovědné chování
Sexuální vývoj	Zájem o sex	Sexuální experimentování	Objevuje se sexuální identita, rozvoj láskyplných vztahů
Vrstevníci	Party dětí stejného pohlaví, „nejlepší přátelé“, uctívání idolů, konflikty s dospělými	Začíná chodit na schůzky s osobou opačného pohlaví, má potřebu zalíbit se významným vrstevníkům, sdružování do heterosexuálních skupin	Váží si individuálních vztahů, výběr partnera
Rodina	Ambivalentní postoj k rodině, snaha o nezávislost	Brání svou autonomii, dobývá si uznání, je v opozici a následně ustupuje, potřeba soukromí	Dosažení nezávislosti, znovu se budují rodinné vztahy
Kognitivní vývoj	Konkrétní myšlení, důležité je „tady a teď“	Raná abstrakce, denní snění, fantazie, počátky induktivního a deduktivního myšlení	Abstrakční myšlení, idealismus
Cíle	Primární je kolektiv, cíle jsou nerealistické	Identifikace dovedností a zájmů, stane se nejlepším nebo naopak zcela selže	Identifikace profesionálních cílů
Starost o zdraví	Má starost, zda je normální	Zajímá se o experimenty s drogami nebo sexem	Idealismus, rozhodování o životních volbách

Zdroj: Leifer (2004, s. 529)

Nejčastěji však bývá období dospívání děleno na dvě výše uvedená období. Rovněž i v našem následujícím textu budeme sledovat vývojové změny ve dvou fázích – v období pubescence bez další diferenciaci a v období adolescence.

Vývojové teorie dospívání

Typické proměny probíhající v období dospívání jsou interpretovány různými teoriemi. Mezi nejznámější patří teorie Sigmunda Freuda, Erika Eriksona a Jeana Piageta. Jejich stručné shrnutí lze nalézt v tabulce 2.

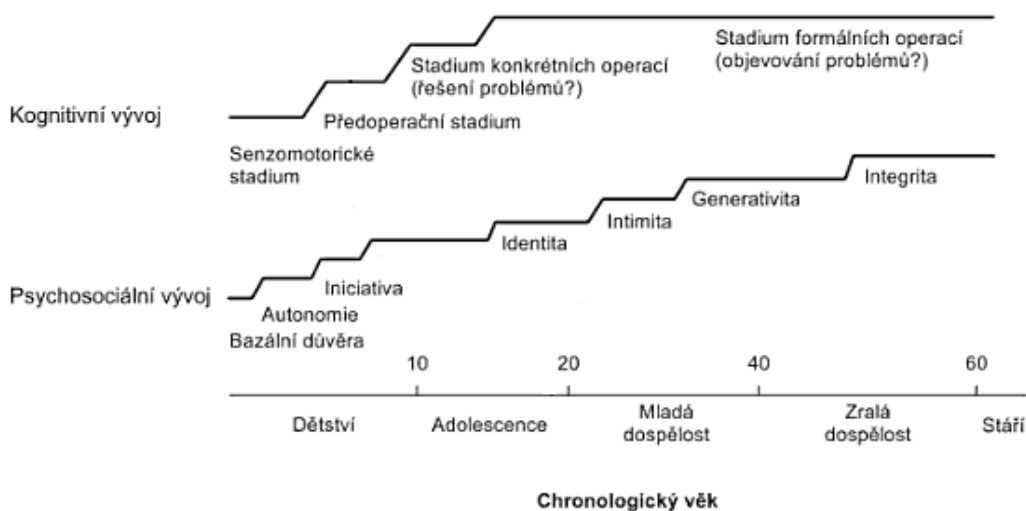
Tabulka 2: Charakteristiky hlavních teorií o vývoji v dospívání

Sigmund Freud <ul style="list-style-type: none">- Adolescent je v genitálním období, posledním období psychosexuálního vývoje.- Sebeláska (narcismus) mizí; rozvíjí se láska k jiným lidem (altruismus).- Vrstevníci a rodiče mají menší vliv než dříve, přesto jsou stále zdrojem lásky a opory.
Erik Erikson <ul style="list-style-type: none">- Hlavním zájmem adolescenta je definování sebe sama a odhalení vlastní hodnoty.- Adolescent zakouší krizi identity způsobenou fyzickými proměnami (i sexuálními) a rozporem mezi budoucími volbami a očekáváním ostatních.- Adolescent se přizpůsobuje těmto proměnám a rozvíjí představu o sobě samém, rozhoduje se o budoucím povolání.- Adolescent se učí chápat své vnímání a očekávání ve vztahu ke vnímání a očekáváním ostatních.
Jean Piaget <ul style="list-style-type: none">- Adolescent je ve fázi formálních operací a má schopnost logického a abstraktního uvažování.- Adolescent se orientuje na řešení problémů.

Zdroj: Leifer (2004, s. 526)

Jednotlivá stádia kognitivního a psychosociálního vývoje v závislosti na vývojových obdobích znázorňuje obrázek 1.

Obrázek 1: Kognitivní a psychosociální vývoj v závislosti na věku



Zdroj: upraveno podle Hříbková (2009, s. 135)

1.1 Období pubescence

Jde o hormonálně podmíněný proces fyzického zrání a růstového urychlení (spurtu), na jehož konci je jedinec schopný reprodukce (Zemková, Šnajderová, 2009). Termín puberta vznikla z lat. *pubertas*, *pubescera* (obrustat chmýřím). Počátek tohoto období, které probíhá zhruba mezi 11. až 15. rokem, je jednoznačně stanoven fyziologickými změnami (Čačka, 2000).

Pubescence představuje významnou část života a patří k obdobím rozhodujícím pro trvalé formování jedince po stránce fyzické, hormonální (funkční), neuropsychologické i sociální (Šašinka, Furková, 2007).

Somatický vývoj a fyziologické změny

Začátek období pubescence spouští hormonální změny, které jsou podmíněné genetickými a etnickými faktory. Výsledkem jsou změny ve vývoji pohlavních žláz, rozvoji sekundárních pohlavních znaků (rozvoj svaloviny, kožní změny, změny v rozložení podkožního tuku, změny hlasu, aj.) a v neposlední řadě změny v oblasti psychiky. (Košťálová, 2007). Jednotlivé znaky puberty u dívek a chlapců, včetně jejich průměrného a hraničního věku, znázorňuje tabulka 3 a tabulka 4.

Tabulka 3: Průměrný a hraniční věk (v letech) začátku vývoje jednotlivých znaků puberty u dívek

Dívky	Věk (roky)
Vývoj prsu (telarche)	10,3 (8 – 14)
Pubické ochlupení (pubarche)	11,2 (8,5 – 14)
Menstruace (menarche)	13,0 (10,2 – 15,5)
Axilární ochlupení	13,0 (11,0 – 15)
Růstové zrychlení	1,3 (8,0 – 14,0)
Akné	13 (12 – 15)
Délka trvání puberty	3 – 3,5 (2 – 4) roky
Max. růst za rok během puberty	8 (6 – 12) cm
Max. růst po začátku menstruace	2 – 10 cm

Zdroj: Košťálová (2007, s. 138)

Tabulka 4: Průměrný a hraniční věk (v letech) začátku vývoje jednotlivých znaků puberty u chlapců

Chlapci	Věk (roky)
Zvětšení varlat (objem ≥ 4 ml, prodloužení délka $\geq 2,5$ cm)	11,2 (9 – 14)
Pubické ochlupení (pubarche)	12,5 (10,5 – 15)
Zvětšení prsních žláz (gynekomastie)	12,5 (11,5 – 15)
Změny hlasu (mutace)	14 (12,5 – 16)
Axilární ochlupení	14,5 (12,0 – 16,5)
Ochlupení tváře	15 (12,8 – 17,2)
Růstové zrychlení	14 (12 – 16) cm
Akné	14,5 (13 – 18)
Délka trvání puberty	3,5 (2,5 – 5)
Max. růst za rok během puberty	10 (8 – 18) cm
Tvorba spermií (objem testes ≥ 13 ml)	14 (13,5 – 16,5) roky

Zdroj: Košťálová (2007, s. 138)

Z tabulek je patrné, že pro období pubescence je charakteristická rozdílná akcelerace vývoje. V závislosti na pohlaví je znatelný odlišný nástup fyziologických změn. Avšak toto urychlení lze spatřovat nejen mezi chlapci a dívkami, ale i u téhož pohlaví. V posledním století se totiž vývoj i růst dětí zrychlil, fyzické změny nastupují dříve, přičemž narůstá výška dospívajících i jejich hmotnost. Tento trend se nazývá *sekulární akcelerace* (Binarová, 2005b).

Individuální průběh však vidíme i u stejného pohlaví. Některé dívky například ve věku 13 let jsou vyspělé s rozvinutými pohlavními znaky, některé ve stejném věku nikoliv, tj. mají stále dětský vzhled (Binarová, 2005b).

Během puberty tedy dochází k významným somatickým změnám. Jelikož je vzhled pro každého člověka důležitou součástí identity, vnímá tyto změny velmi citlivě. V krajním případě může určitá zásadní proměna stimulovat pocit ohrožení integrity vlastního já a prakticky vždy vede ke ztrátě sebejistoty (Vágnerová, 2000).

Tělesná proměna může mít subjektivně různý význam, který závisí na několika faktorech (Vágnerová, 2000):

- na představě o atraktivitě dospělejšího zevnějšku;
- na psychické vyspělosti jedince;
- na sociálních reakcích, které tuto změnu doprovázejí.

Dle Vágnerové (2000) tak mohou být někteří pubescenti na svoje dospívání pyšní, avšak nalezneme i ty, kteří se za něj mohou stydět. Záleží na okolnostech. Reakce ostatních mohou být velmi rozmanité, přičemž závisí na tom, jaký subjektivní význam pro

ostatní tato změna má a jaké asociace jim navozuje. Pokud z chování ostatních lidí vyplývá, že změna má spíše negativní význam, zhorší se i pubescentovo sebehodnocení.

Subjektivní význam zevnějšku v období dospívání vzrůstá, přičemž se projevuje zaměřením nejen na vlastní tělo, ale i celkovou vizáž včetně oblečení a úpravy zevnějšku (Vágnerová, 2000). V období dospívání jsou tedy mladí lidé zvláště citliví na svůj vzhled, jejich sebehodnocení a přijetí vlastního těla má významný vliv na jejich pozdější sexuální život (Spilková, 2010).

Kognitivní vývoj

Kognitivní (poznávací) procesy „*umožňují každému jedinci získávat informace o okolním světě a vnitřních stavech a změnách organismu*“ (Merkunová, Orel, 2008, s. 283). Kognitivní vývoj je výsledkem interakce učení a zrání. Teprve v době, kdy je pubescent z neurofyzilogického hlediska dostatečně zralý a získal dostatečné zkušenosti, může se dále rozvíjet (Vágnerová, 2000).

Podstatné vývojové změny se projevují v oblasti *myšlení*, a to v oblasti kvantity i kvality. Vývoj inteligence dosahuje kvantitativního vrcholu v počtu úspěšně řešených problémů. Zároveň se však radikálním způsobem mění kvalita myšlenkových operací. Charakteristický je počínající postupný přechod od konkrétních operací k formálním. Dospívající jsou již schopni uvažovat hypoteticky, tj. nezávisle na konkrétním vymezení problému. Uvažují o různých možnostech, dokonce i těch, které ve skutečnosti neexistují (Vágnerová, 2000; Binarová, 2005b; Langmeier a Krejčířová, 2006). Jsou schopni volit neotřelé a originální postupy.

V *percepci* se zdokonaluje a zpřesňuje diskriminace podnětů. Na druhé straně se však přechodně zhoršuje vlivem emoční lability a zvýšené nepozornosti percepční výkonnost (Binarová, 2005b).

V tomto období vzrůstá význam *fantazie*. Projevuje se formou denního snění, v němž se jedinec vidí v ideálním světle. Představy jsou však často nereálné a pravděpodobnost jejich dosažení bývá malá. Rozpor mezi skutečností a ideálem se stává zdrojem mnoha frustrací. Na druhé je však stimulem k aktivitě, která vede k uskutečnění ideálu, případně přiblížení se mu (Vágnerová, 2000; Binarová, 2005b).

Se změnami v myšlení souvisí i rozvoj *logické paměti*. Pubescent opouští prosté memorování textů. Lépe a dlouhodobě si pamatuje obsahy, které si dává do logických souvislostí a které ho zajímají (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Zdokonaluje se schopnost abstrakce, deduktivní usuzování je na úrovni dospělého. Piaget nazývá toto období stadiem formálních operací. Je tu snaha o překonávání vědomostí dospělých. Přestože má již dostatečnou rozumovou kapacitu pro přijímání nových poznatků, chybí hlubší životní zkušenosti (Binarová, 2005b).

Typické jsou projevy racionalismu, kdy jedinec neuznává citové důvody lidského jednání, lpí na rozumových odůvodněních. Myšlení se taktéž vyznačuje radikalismem, tj. unáhleným hodnotícím soudem, kdy zkušenost generalizuje a přijímá ji jako platný fakt. Často své unáhlené názory přejímá od jiných jedinců, s kterými sympatizuje. Typická je tedy názorová proměnlivost, kdy pubescenti ještě nejsou individualitami stojícími si za svými názory (Binarová, 2005b).

Emoční a sociální vývoj

Emoční vývoj se vyvíjí směrem od eruptivní citové lability v období prepuberty až k určitému uklidnění, které souvisí s celkovou harmonizací tělesného vývoje (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Hormonální změny s sebou kromě somatických a fyziologických změn přinášejí též větší či menší kolísavost emočního ladění, větší labilitu a tendenci reagovat přecitlivěle i na běžné podněty (Vágnerová, 2000). Chování je výbušné, přičemž i na nepatrný podnět se objevuje intenzivní reakce vzteku, smíchu, smutku. Na jedné straně se můžeme setkat s přecitlivělostí a na druhé straně u téhož jedince až necitelností či hrubostí, která může být maskováním skutečného emočního ladění (Binarová, 2005b). Dle Vágnerové (2000) je další typickou změnou zvýšení uzavřenosti, ve smyslu nechuti projevovat svoje city navenek. Dospívající považuje svoje pocity za intimní a není ochoten je sdílet s kýmkoliv.

Citová labilita, která je typická pro prepubertu, již není v pozdějším období tak výrazná. Objevuje se více pozitivního ladění. U některých jedinců převažuje negativní až agresivní chování, které je však výsledkem dosavadních zkušeností nabytých z vlastní rodiny (autoritářské chování rodičů, časté trestání, výrazný nezájem o problémy dítěte aj.) (Binarová, 2005b).

Emoční ladění puberty se projevuje hlavně v sociálních vztazích. Emoční vazba na rodiče se uvolňuje. Citové odpoutávání od rodičů vyvolává potřebu sblížení se s někým jiným. Zpravidla navazuje nové a diferencovanější vztahy se svými vrstevníky, které mu poskytují jistotu a připravují ho pro nové trvalé emoční vztahy v dospělosti (Langmeier, Krejčířová, 2006; Binarová, 2005b).

V dospívání se obecně zvyšuje význam a vliv vrstevnických skupin. Role, kterou dospívající ve skupině zastává, má velký význam pro jeho identitu. Pro získání dobré pozice je schopen činit mnohé. Rodiče často pociťují nevděk, protože jejich dítěti záleží více na názorech kamarádů než na mínění a pocitech jich samotných. Po určité době se však vztahy mezi dítětem a rodiči opět zlepší (Vágnerová, 2000).

Konec puberty je spojen s důležitým sociálním mezníkem, jímž je ukončení povinné školní docházky a volba další vzdělávací varianty spojená s určitou profesní rolí. Možnost získat určitou profesní roli a tím i určitý sociální status je velmi významná, protože bude v mnoha směrech spoluurčovat další život jedince (Vágnerová, 2000).

1.2 Období adolescence

Termín *adolescence* je odvozen z latinského slova *adolescere*, které v překladu znamená dorůstat, dospívat či mohutnět (Macek, 2003). Jedná se o druhou fázi relativně dlouhého časového období dospívání, které trvá s určitou individuální variabilitou přibližně od 15 do 22 let věku (srov. Vágnerová, 2000; Krejčířová a Langmeier, 2006).

Počátek tohoto období je biologicky ohraničen pohlavním dozráním. Avšak samotné somatické změny nejsou pro toto období významné tolik jako v pubertě. Adolescence je totiž především dobou komplexnější psychosociální proměny, přičemž se mění osobnost dospívajícího i jeho pozice ve společnosti (Vágnerová, 2000).

Binarová (2005) uvádí hlavní vývojový úkol adolescenta, kterým je vytvořit si pocit vlastní identity, přijmout normy společnosti, vytvořit si vědomí vlastní hodnoty, přijmout morální principy dané společností, stát se nezávislým na rodičovské autoritě a vytvářet heterosexuální vztahy.

Somatický vývoj a fyziologické změny

V období adolescence dochází k ukončení somatického vývoje. Postupně tak adolescent získává svoji finální fyzickou podobu a je schopen sexuální reprodukce. Typická je vysoká fyzická výkonnost. Úspěšnost je patrná zejména v krátkodobějších a zátěžově intenzivnějších fyzických aktivitách (Binarová, 2005).

Fyzický vzhled je důležitou součástí identity adolescenta. Často se svým tělem zabývá a obvykle jej posuzuje ve vztahu k aktuálním standardům atraktivity. Srovnává jej s ostatními adolescenty i aktuálně přijímaným ideálem. Pokud tomuto ideálu odpovídá, dochází k posilování vlastního sebevědomí a podpoře pocitu jistoty sociální akceptace. Atraktivita je totiž považována za předpoklad k dosažení dobré sociální pozice. Pokud se naopak od ideálu vzdaluje, bude v této oblasti identity ohrožen zvýšenou nejistotou a z toho vyplývajícím rizikem negativního sebehodnocení (Vágnerová, 2000).

Kognitivní vývoj

V oblasti kognitivního vývoje přetrvává kritický realizmus, který se projevuje přezkoumáváním získaných poznatků. Mizí naivní romantismus a patrný je větší sklon k realitě. Typický je radikalismus a nekompromisnost. Adolescenti se snaží zjednodušovat a radikálně prosazovat nabyté skutečnosti. Důrazně prosazují svůj názor, obzvláště při střetu s dospělými (Binarová, 2005).

S rozvojem abstraktního myšlení a formálních operací nabývá mnoho důležitých schopností. Myšlení se stává introspektivní, analytické a sebekritické. Navenek se tyto změny mohou jevit jako lhostejnost vůči okolí. Někteří autoři charakterizují tento proces jako odcizení (Binarová, 2005).

S postupným rozvojem abstraktního myšlení začíná přemýšlet o morálce. Na jeho jednání mají najednou větší vliv morální zákony rodiny a společnosti než obava z trestu.

Emoční a sociální vývoj

Pro období adolescence je charakteristické odeznívání náladovosti a vysoké lability spolu s přibýváním silných prožitků a procesem jejich integrace do nových kvalit. Vzrůstá význam emocí souvisejících s erotickou sférou života, význam estetických citů a mravního cítění. Adolescent se postupně učí regulovat emoce, uvědomovat si je, nenechat se jimi

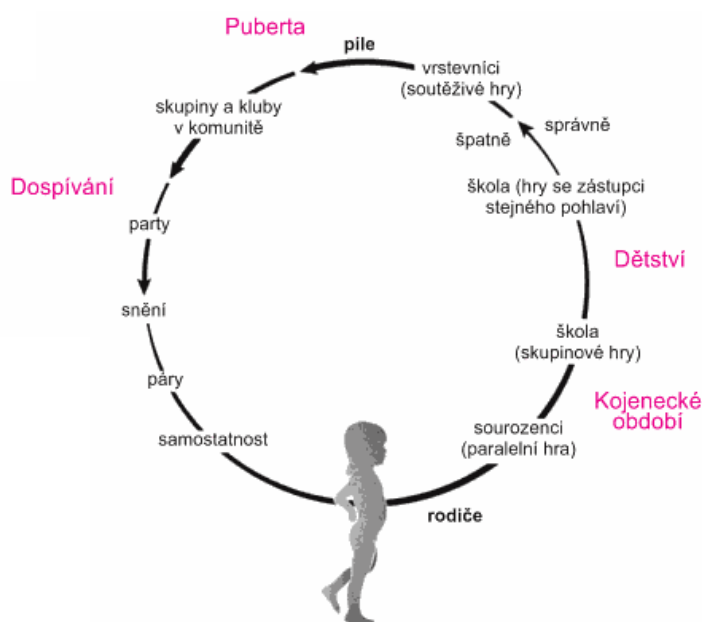
přemoci, porozumět jejich dopadu na druhé osoby, odlišit pocity a realitu. Osvojuje si zacházení s pocity lásky, nenávisti, apatie ve vztazích s partnerem i ve vztazích obecně (Šulová, 2011).

Adolescence je fází budování nové identity, jejímž předpokladem a zároveň i důsledkem jsou změny v sociálních vztazích (Vágnerová, 2000). V období adolescence se rozvíjí sociální vazby kvalitativně i kvantitativně. Adolescent se stává citově nezávislým na vlastních rodičích, zároveň má však potřebu navazovat partnerské vztahy (Binarová, 2005).

Odpoutání od rodiny a změna rodinné konstelace, která započala již v období puberty, bývá v adolescenci obvykle dokončena. Výsledkem by měla být změna vzájemných vztahů ve smyslu akceptace osamostatnění a uchování pozitivního vztahu mezi dítětem a jeho rodiči. Rodiče zároveň představují model určitého způsobu života. Dospívající o nich uvažuje a kritizuje je. Kritický je k jejich hodnotám, názorům, chování a celkovému životnímu stylu. Komparuje ho s ideálem, hledá přijatelnou variantu a vytváří si jasnější představy vlastního budoucího stylu života i své identity (Vágnerová, 2000).

Leifer (2004) předkládá mapu sociální interakce (viz Obrázek 2), v níž přibližuje jednotlivé vývojové etapy. V kojeneckém období a raném dětství se dítě soustředí na svoje rodiče. S rostoucím věkem nabývají na významu vrstevníci. S postupným vyzráváním se jedinci v době adolescence vracejí zpět do rodiny a projevují nový respekt, nezávislost a spolupráci.

Obrázek 2: Mapa sociální interakce



Zdroj: Leifer (2004, s. 527)

Velký význam mají vztahy s vrstevníky, jejichž existence umožňuje dokončit jeden z nejdůležitějších úkolů – emancipaci od rodiny a postupné osamostatnění. V těchto vztazích však lze uspokojit i některé základní psychické potřeby (Vágnerová, 2000):

- *potřebu stimulace* (společnými aktivitami, sdílením prožitku);
- *potřebu orientace a smysluplného učení* (společným experimentováním v oblasti řešení různých situací, učením sociálních strategií);
- *potřebu citové jistoty a bezpečí* (vrstevnickými vztahy);
- *potřebu partnera opačného pohlaví* (partnerským vztahem).

Dalším důležitým mezníkem je volba povolání, která spadá do 18. roku věku. V tomto období nemusí být dospívající ještě zájmově vyhraněný, není zcela dokončen vývoj jeho schopností, identity a nezávislosti. Pouze v ojedinělých případech má jasnou představu. Často také dochází ke střetu zájmu dospívajícího jedince a rodičů o budoucím povolání (Binarová, 2005).

1.3 Specifické vývojové problémy dospívajících ve společnosti

Dospívání je náročné období, které s sebou přináší určité specifické vývojové problémy. Langmeier a Krejčířová (2006) k nim řadí rozpor mezi fyzickou a sociální zralostí, rozpor mezi rolí a statusem, rozpor mezi hodnotami mladé a starší generace a rozpor mezi hodnotami rodiny a vnější společnosti. V následujícím textu je více přiblížíme.

Rozpor mezi fyzickou a sociální zralostí

Ačkoliv je na jedné straně patrný klesající věk začátku puberty a tím i dosažení fyzické zralosti, na straně druhé složitost společenských požadavků a nároky na vzdělání a profesionální přípravu oddalují dosažení zralosti sociální. Tím se původně splývající věk dosažení fyzické a sociální zralosti stále více oddaluje, čímž dochází ke vzniku určitých problémů (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Nejvíce lze uvedený rozpor sledovat v oblasti sexuálního chování. Ačkoliv je dospívající dříve fyzicky zralý pro sexuální aktivitu, současně je mu značně odkládána možnost založit manželský vztah se svým partnerem. Odložení manželského svazku ovlivňuje i skutečnost, že mladiství nejsou zpravidla připraveni na odpovědné rodičovství, které je spojeno se stále komplikovanějšími požadavky na péči o dítě (Langmeier, Krejčířová, 2006). Farková (2009) dodává, že v současné době vzrůstá množství párů, které spolu žijí mimo manželství bez záměru založit si vlastní rodinu.

Rozpor mezi rolí a statusem

Pod pojmem *sociální pozice* rozumíme „soubor práv a povinností, které určují postavení jedince ve společenské hierarchii“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 164). Helus (2011) uvádí, že status označuje sílu nebo moc ovlivňovat. Například otec má vyšší status než syn – tj. více jej ovlivňuje než je jím ovlivňován. Zatímco *sociální role* označuje chování, které dané pozici odpovídá. Příkladem je role otcovská.

Práva a povinnosti, které jedinci společnost přiznává, by ideálně měly být v souladu s chováním, které od něho v určitém postavení očekává. V současné společnosti však

nacházíme mezi rolí a statusem rozpor. Od dospívajících, fyzicky zralých jedinců, se očekává odpovědné postavení. Přitom však jejich status je v mnoha ohledech nízký (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Rozpor mezi hodnotami mladé a starší generace

Převratná doba s celou řadou technických, vědeckých i společenských změn s sebou přináší rozpory a rozdíly v hodnotách a postojích různých generací. Každá generace totiž žila ve zcela odlišných podmínkách a těžila tak z jiných zkušeností. Zatímco starší generace ulpívá na dřívějších hodnotách, nová generace je odmítá přijmout za platné a považuje je spíše jako překážku v pokroku. Na druhé straně však zároveň došlo k uvolnění patriarchální struktury rodiny a rozbití autoritativního principu ve výchově. Důraz je v dnešní době kladen na vzájemné porozumění, toleranci a názorovou pružnost (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Rozpor mezi hodnotami rodiny a vnější společnosti

Rozpor mezi vztahy v širší společnosti a citovými vazbami v rodině je příčinou mnoha konfliktů. Dospívající již není do takové míry vázán na normy a hodnoty svých rodičů a nahlíží na ně kriticky. Často je srovnává se svými vrstevníky, vzdoruje a revoltuje. Obecně zde platí, že rodiče prosazující své názory a pravidla chování pouhou mocí, vyvolávají spíše odpor a brzdí vývoj dospívajícího na vyšší úroveň morálního posuzování a jednání (Langmeier, Krejčířová, 2006).

1.4 Charakteristika dospívajících v současnosti a důležitost nalezení smyslu vlastního života

Potřeba silných prožitků, každodenní zábavy, dostatek volného času a přesycenost informacemi - to jsou charakteristiky dospívajících v současnosti. Patrná je neujasněnost v hodnotovém zakotvení a nedostatek autentických pravidel a norem, o něž by se dospívající mohli opřít (Šulová, 2011).

Současná doba je charakterizována jako uspěchaná, hektická, degradující morální hodnoty, liberální k mnoha negativním způsobům chování atd. Všechny tyto faktory

určitým způsobem působí na děti a dospívající, kteří se s nimi v mnohých případech nedokážou adekvátně vyrovnat. Nemůžeme se potom divit, že dospívající hledají smysl života, bouří se proti konzumní společnosti či vzdávají věčný a nesmyslný boj o stále vyžadovanou dokonalost (Švarcová, 2006). Přestože se člověk setkává každý den „s nevyhnutelným a nezměnitelným osudem“, záleží pouze na něm, jak k němu přistupuje, jak vnímá a chápe svoji existenci, svůj pobyt na světě (Prokešová, 2000).

A proto je zde na místě se ptát, co je tedy vlastně ten „život“, co je jeho cílem a smyslem, jaký mu dát směr a formu? Jde v životě o seberealizaci? Jde v životě o péči o sebe i druhé, či o běh celého světa (Poněšický a kol., 2006)? Autoři dále uvádí jeden z možných obecných životních cílů člověka, kterým je *„hledání rovnováhy mezi jeho egoismem, jeho vlastními zájmy, vlastní svobodou – a spoluprací, spolubytím s ostatními, neboť člověk má přirozený pud přežít, ale je založen i jako sociální bytost. Život a jeho smysl tedy lze definovat jako umění a úkol obojí sloučit.“* (Poněšický a kol., 2006, s. 47).

Během 20. století se stává, dá se říci téměř běžné, že nejrozumnější osobnosti dávají najevo, že život v naší civilizované společnosti žádný smysl nemá. Řada myslitelů začala stavět na obdiv absurditu a nesmyslnost života, a přitom obrovské množství obyčejných lidí propadlo divnému životnímu stylu, ve kterém patřilo mezi největší hodnotu „bavit se“. Příčinu v onom rozmachu „nesmyslnosti“ lze pravděpodobně hledat v oblasti práce a výroby, kterými prošla naše civilizace v posledních dvou stoletích. V 18. století tomu tak ještě nebylo, v 19. století to započalo a už ve 20. století došlo k masivnímu rozšíření a zachvácení milionů lidí – pradávna dělba práce se rozšířila na mnoho nejrozmanitějších úzkých specializací, že jeden člověk už ani nemůže rozumět jinému (Machovec, 2012). Dle Hejny (2003) se tímto ztrácí vědomí souvislostí a celkové jednoty našeho světa. Na straně druhé však zcela stejná společnost nabízí denně obrovské množství nejrozmanitějších příjemných jednotlivostí, že i ten čas, který jsme kdysi věnovali něčemu povznášejícímu – např. hraní na určitý hudební nástroj, potřebě ticha v přírodě – je dnes zaplněn drobnými nicotnostmi.

Na kvalitu života je možné se dívat z více stran. Na straně jedné ji lze měřit stupněm našeho společenského úspěchu, kariérou podmíněnou adekvátní specializací a ziskem, na straně druhé pak úrovní konzumu a zábavy. Se skutečnou smysluplností života to však nemá mnoho společného. Fetišizace hmotného majetku totiž může vytvářet jen dočasnou, zároveň však velmi chabou iluzi smyslu. K hlubšímu zamyšlení nad námi samými a nad smyslem našeho života se většina lidí za celý život vůbec nedostane (Hejna, 2003).

V soudobé civilizaci, v době obrovského technického rozvoje, komunikačního propojení, dochází ke vzniku a rozvoji mezinárodního trhu. Zároveň však přichází ke slovu i mezinárodní zločinnost. Ve vyspělých průmyslových zemích dochází k neustálému zlepšování dostupnosti materiálních prostředků sloužících k životu. Zároveň však tyto prostředky slouží i k ničení. Právě mnohé z těchto momentů napomáhají tomu, že psychoaktivní látky jsou stále snadněji a snadněji dostupné. Bohužel však zatím neexistuje vhodný systém zábran ve výbavě člověka, který by ho dokázal ochránit před zničujícím vábením návykových látek (Jedlička, Kořa, 1998).

V současném, zautomatizovaném a přetechnizovaném světě se navíc lidé mohou cítit jakoby v zajetí, jakoby jeli uzavřeni v rychle jedoucím vlaku, aniž by mohli vystoupit či přinejmenším změnit směr. I přesto však zůstává naší touhou vyprostit se z tohoto zajetí (Prokešová, 2000). Dle Jedličky a Koti (1998) má právě ona vědecko-technická civilizace vliv na životní styl jedince i vztahy člověka k sobě samému, k druhým lidem i ke světu. K tomu, aby mohl jedinec prorazit síly světa plného techniky, je třeba porozumět nejprve sám sobě. Jedním z nejtěžších úkolů se tedy stalo prokletění cesty ke své vlastní podstatě. Nástup novodobé vědy je v podstatě výzvou, aby člověk lépe porozuměl skrze vlastní výtvořiny sám sobě.

Přestože je již dlouhou dobu z nejrůznějších stran poukazováno na vážné problémy s autenticitou lidské existence, varovné hlasy jsou doposud příliš slabé. Společnost se vehementně pokouší potlačit všechny jevy, které ohrožují její idylický či harmonický obraz. Toto potlačení se může realizovat dvojím způsobem. První z nich je tvoření soustavou energických represivních opatření, o druhém mluvíme spíše v psychoanalytickém smyslu – tedy o popření a vytěsnění (Jedlička, Kořa, 1998).

Nárůst závislosti na drogách v současné době lidstvo znepokojuje nejen jako sociálně patologický fenomén, ale děsí nás též i z důvodů morálních. Rozsah způsobené katastrofy je nyní již tak velký, že se zdá být vhodným sáhnout po opatřeních mnohem radikálnějších, než tomu bylo doposud. Špatné svědomí je vykupováno tím, že jsou poskytovány ohromné sumy peněz na výzkumné a experimentální programy. Prozatím se společnost snaží vyhnout zavedení těžkých represivních opatření, přestože současně cítí, že ji nepříznivá situace přerůstá přes hlavu (Jedlička, Kořa, 1998).

Položme si otázku, jak asi bude pokračovat tento boj s novými sociálně patologickými jevy. Již teď je jisté, že tento zápas bude mnohem delší a složitější, než si připouštíme.

Bude potřeba tvorby ozdravných programů nejen pro jednotlivce, ale zejména pro celou společnost. Je to však otázka týkající se prohloubení studia osobnosti a jejích možností v postmoderní civilizaci, je to záležitost dotýkající se mezigeneračního soužití, výchovy, adaptace dětí na společnost. Je důležité ptát se, co umožní vytvoření nějakého stabilnějšího vnitřního hodnotového systému (Jedlička, Kořa, 1998).

V dřívějších dobách byla pro lidstvo oporou při hledání smyslu lidského života víra v Boha. Bůh se zjevoval jednotlivým lidem a ukazoval jim cestu, kterou se mají vydat, aby dosáhli konečného naplnění. Úvahami o něm si člověk neúmyslně rozjasňoval sám sebe, Bůh pro člověka znamenal jakýsi postup k sebepochopení. Člověk se učil, že rozumění a pečování o vlastní duši je důležitější, než „mít“. Učil se, že nesmí být v jednání sobec, ale že se musí ohlížet i na zájmy a přání ostatních. Přesto však tato nábožensky odůvodňovaná péče o duši od 16. století v souvislosti s nástupem kapitalistické ekonomiky začala být nahrazována stále více péčí o vlastní majetek. U lidí byla vystřídána starost „být“ starostí „mít“. S postupným rozvojem vědy a techniky se zhroutila i teologická představa Boha. Dnes se nacházíme v době, kdy starý svět smysluplného kosmu byl nahrazen mechanickou představou světa (Hejna, 2003).

Často spatřujeme u mladých lidí odvrácení od víry. Pocitem mladých lidí je neschopnost církve odpovědět na otázky týkající se smyslu života. Přesto mladí lidé potřebují nějaký objekt – idol, ke kterému by vzhlíželi a který by uctívali. Takovými idoly jsou v dnešní době nejčastěji populárně známé osobnosti, herci, zpěváci či sportovci (Jedlička, Kořa, 1998). Pro ty je ovšem dnes zcela typický nevhodný styl života, radost z požitků, peněz a jiného hmotného majetku. Na veřejnosti se netají užíváním nejrůznějších návykových látek, které jim údajně i dopomohly k inspiraci, uvolnění, slávě. A tímto se vlastně dostáváme do začarovaného bludného nikdy nekončícího kruhu. Svět našich idolů přímo navádí děti a mládež k volbě naprosto stejného způsobu života, jaký prožívají oni sami. Pro mladého člověka, těžce hledajícího smysl života a svůj životní cíl je velmi náročné nepodlehnout svodům tomu nejlehčeji dostupnému prostředku ke „štěstí“.

2 Syndrom rizikového chování v dospívání

Hlavní příčinou velké části morbidity i mortality dospívajících se stává oblast chování, čímž převládá nad problematikou biologickou. Hovoří se o tzv. přesunu rizik vyvíjejícího se jedince. Zatímco dříve bylo považováno za nejrizikovější období novorozenecké a kojenecké, v současné době je to v rozvinutých zemích právě adolescence (Kabíček, Hamanová, 2005).

Významné změny, které v tomto období probíhají a kterými každý jedinec prochází, jej činí velmi zranitelným. Z tohoto pohledu je dospívající mládež považována za jednu z nejohroženějších skupin v populaci. Část mládeže přebírá nevhodný životní styl, který je spojený s celou řadou negativních zdravotních i sociálních dopadů. V současné době navíc můžeme pozorovat trend v životním stylu, a to nárůst různých forem rizikového způsobu života u dospívajících.

Avšak co si lze představit pod pojmem „rizikové chování“? Širůčková (2012, s. 127) ho definuje jako *„rozmanité formy chování, které mají negativní dopady na zdraví, sociální nebo psychologické fungování jedince anebo ohrožují jeho sociální okolí, přičemž ohrožení může být reálné nebo předpokládané“*.

V této souvislosti zavedl již na začátku 90. let profesor Richard Jessor pojem „syndrom rizikového chování“ (Problem behavior syndrome). Z hlediska projevů je uvedené chování charakterizováno v několika oblastech. V našich podmínkách se tématu věnují Hamanová a Kabíček. Autoři definují 3 hlavní oblasti syndromu rizikového chování v dospívání (Hamanová, Kabíček, 2001):

- **rizikové chování v oblasti reprodukční** (předčasný pohlavní život, střídání partnerů, pohlavní nemoci, časná a nechtěná těhotenství);
- **abúzus návykových látek** (kouření, konzumace alkoholu a drog);
- **negativní jevy v oblasti psychosociální** (poruchy chování, agrese, delikvence, kriminalita, autoagrese v podobě suicidálního chování).

Bylo prokázáno, že jevy těchto tří uvedených oblastí se u naprosté většiny všech adolescentů kombinují, vzájemně usnadňují svůj vznik a do značné míry mají společné nebo podobné účinky – tj. společné rizikové a ochranné faktory. Mluvíme tedy o syndromu (Hamanová, Kabíček, 2001).

Každá z výše uvedených oblastí usnadňuje vznik další. Například alkohol a drogy snižují úsudek a sebekontrolu v oblasti sexuální, předčasný sex často vede ke krizovým situacím a tím k dalším negativním psychosociálním jevům, atd.

2.1 Negativní jevy v oblasti psychosociální

Do této oblasti patří projevy sociální maladaptace a závažnější, déle než půl roku se opakující, poruchy chování (krutost ke slabším, ničení majetku, krádeže, žhářství, lhaní, útěky, agrese, aj.) (Hamanová, Kabíček, 2006).

Sociální maladaptace

Pokud hovoříme o sociální maladaptaci (tj. špatné sociální adaptaci) u dospívajících, je nutné si nejprve objasnit termín sociální adaptace. Ta je definována jako „*proces, při kterém se jedinec začleňuje do struktury sociálních vztahů v rámci skupiny i do širšího sociálního prostředí... Sociální adaptace člověka vychází z procesu socializace, konkretizuje a modifikuje získané vzorce společenského jednání ve specifických podmínkách, v nichž se člověk v průběhu své existence nalézá*“ (Duchoň, Šafránková, 2008, s. 212). Jinou definici předkládá Hartl a Hartlová (2009, s. 16), kteří vymezují sociální adaptaci jako „*posun, k němuž dochází v sociálních, psychologických či kulturních rysech jedince po přechodu do nového prostředí*.“

Sociální maladaptaci se věnuje Dunovský a kol. (1999). Jako sociálně maladaptované označují děti, u kterých se objevují výchovné potíže, poruchy v sociálních vztazích a v adaptaci na okolní svět v takové míře, že se jejich chování vymyká obvyklým normám. Často vede k selhání školnímu, sociálnímu i morálnímu. Zdroje jejich potíží bývají převážně v sociálním prostředí, ačkoliv se mnohdy objevují i odchylky v somatickém a psychickém stavu a jeho vývoji. První signály poruch se objevují již v časných fázích života, jiné nastupují později, často v době kolem nástupu puberty.

Výklad vzniku sociální maladaptace je obtížný a často bývá značně zjednodušován. Obecná kritéria sociální adaptace totiž nebývají přesně a jednoznačně definována. Sociální adaptace má řadu predisponujících faktorů (Dunovský a kol., 1999):

- *Společenské faktory*: stále rychleji probíhající změny ve společnosti, na které se těžko adaptujeme; rozpad či oslabení rodin; umělý svět masmédií zkreslující

pohled na svět; pro děti chybí kladné vzory; prodloužení závislosti mladé generace na rodičích; ztráta perspektiv vlastního vývoje mladé generace – hledá únik ve světě drog apod.

- *Individuální predispozice jedince:* genetická zátěž; biologické oslabení plodu v těhotenství; oslabení dítěte v časných vývojových fázích; dispozice ke vzniku chronických nemocí; odchylky ve vývoji temperamentu, osobnosti apod.
- *Rodinné predispozice:* selhávání rodiny v péči o dítě; chybný výchovný systém po generace tradovaný.
- *Predispozice ekologické:* důsledky zhoršení životního prostředí; tím se oslabuje odolnost mladého jedince vůči některým nemocem a sociálním stresům.
- *Kulturní a sociální predispozice:* prostředí ve škole, internátě; vrstevníci, neformální skupiny, negativní vlivy dospělých – kouření, alkohol, špatné vztahy, agresivní jednání, sledování násilí v televizi či na videu, počítačové hry, předsudky a nevhodné formy jednání.
- *Predisponující životní okolnosti:* aktuálně vzniklé životní události (nemoc, úmrtí v rodině, rozvod či těžké konflikty, neúspěchy ve škole, šikana apod.); psychická subdeprivace nechtěného dítěte, které není matkou plně přijímáno, může jeho sociální situaci narušit více, než rozvod rodičů.
- *Predisponující situace:* situace, které svádějí k chybnému jednání (alkohol, krádeže, vandalismus, silácké činy či vystupování).

Návykové látky a poruchy chování

V širším rámci rizikového chování je nutné odlišit pojem *problémové chování* a *poruchu chování* jako psychiatrickou diagnostickou kategorii. Dle Žáčkové a Theinera (2008) jsou v psychiatrické literatuře oba pojmy pojímány odlišně. Problematika poruch chování, uvedené v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod kódem F91, je v současné odborné literatuře dobře zmapována. Na tomto místě se budeme věnovat pouze základním informacím důležitým pro naši práci.

V odborné literatuře se můžeme setkat s mnohými definicemi poruch chování. Dle Vágnerové (2004, s. 779) se jedná o „*odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není*

schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, event. na úrovni svých rozumových schopností“.

V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (2000) je uvedeno, že poruchy chování jsou charakteristické opakovaným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním. Takové chování by mělo výrazně překračovat sociální chování odpovídající danému věku. Mělo by být proto mnohem závažnější než běžné dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících a mělo by mít trvalejší ráz, šest měsíců nebo déle. Malá (2008) uvádí diagnostická kritéria poruch chování:

- A. Opakující se stabilní vzorce chování, v nichž jsou porušovány sociální normy, pravidla a práva druhých. Během uplynulého roku musí být přítomny minimálně 3 symptomy s jedním symptomem trvale přítomným v posledních 6 měsících. Mezi symptomy se zahrnuje následující chování:

➤ *Agrese k lidem a zvířatům*

1. často šikanuje, vyhrožuje nebo zastrašuje druhé;
2. často začíná rvačky, bitky;
3. jako zbraň používá předměty, které mohou těžce zranit druhé (cihly, nože, aj.);
4. projevuje fyzickou agresi a hrubost k lidem;
5. projevuje fyzickou agresi a hrubost ke zvířatům;
6. krade způsobem, při kterém dochází ke střetu s obětí (loupežná přepadení, vydírání, aj.);
7. vynucuje si na druhém sexuální aktivitu.

➤ *Destrukce majetku a vlastnictví*

8. zakládá ohně se záměrem vážného poškození;
9. ničí majetek druhých.

➤ *Nepoctivost nebo krádeže*

10. vloupává se do budov, domů či aut;
11. často lže se záměrem získat prospěch, východy či se vyhnout povinnostem a závazkům;

12. krádeže bez konfrontace s obětí (v samoobsluze, padělání peněz nebo jiných listin aj.).

➤ *Vážné násilné porušování pravidel*

13. před 13. rokem opakovaně zůstává celé noci venku přes zákaz rodičů;

14. utíká z domova (ačkoliv bydlí v domě rodičů nebo jejich zástupců) nebo se nevrací po dlouhou dobu;

15. časté záškoláctví před dovršením 13. roku věku.

B. Poruchy chování významně zhoršují školní a pracovní fungování.

Z uvedeného vyplývá, že izolované projevy nežádoucího chování (např. experimentování s návykovými látkami) nepředstavují „poruchu chování“ ve smyslu psychiatrické diagnózy (Ptáček, 2006).

Mezinárodní klasifikace nemocí (2000) dále klasifikuje poruchy chování na čtyři diagnostické jednotky, jejichž bližší charakteristika je uvedena v tabulce 5:

➤ *F91.0 - porucha chování ve vztahu k rodině;*

➤ *F91.1 - nesocializovaná porucha chování;*

➤ *F91.2 - socializovaná porucha chování;*

➤ *F91.3 - porucha opozičního vzdoru.*

Tabulka 5: Jednotlivé subtypy poruch chování podle MKN-10

Porucha chování ve vztahu k rodině	<ul style="list-style-type: none">➤ charakterizována prostředím➤ projevy v rodinném prostředí a vůči členům rodiny (vč. selektivity vůči jednomu či více členům rodiny), nejde pouze o narušení vztahu mezi rodiči a dítětem➤ často po příchodu nového člena do rodiny (nevlastního rodiče, sourozence)➤ mimo rodinu se symptomy projevovat nemusí➤ výskyt kteréhokoliv z příznaků poruch chování včetně agrese či destrukce majetku➤ prognóza relativně dobrá
Porucha chování nesocializovaná	<ul style="list-style-type: none">➤ charakterizována neschopností jedince navazovat adekvátní sociální kontakty s vrstevníky (neoblíbenost, odmítání)➤ vztahy s dospělými často rovněž narušeny, postrádají důvěrnost➤ výskyt kteréhokoliv ze symptomů poruch chování, páchaný samostatně nebo ve skupině➤ prognóza obecně horší
Porucha chování socializovaná	<ul style="list-style-type: none">➤ charakterizována relativně dobrou schopností navazovat vztahy s vrstevníky➤ narušené bývají vztahy k autoritám➤ výskyt kteréhokoliv ze symptomů poruch chování, páchaný samostatně nebo ve skupině➤ prognóza obecně dobrá
Porucha opozičního vzoru	<ul style="list-style-type: none">➤ charakterizována negativistickým, nepřátelským, vzdorovitým a rušivým chováním➤ nebývá přítomno vážnější narušování práv druhých, nevyskytují se vážnější antisociální či agresivní činy, surovost či týrání➤ projevy nejvýrazněji ve vztahu k blízkým dospělým osobám, autoritám a známým vrstevníkům➤ výskyt často mezi 6 a 10 lety věku➤ prognóza obecně horší

Zdroj: Žáčková a Theiner (2008, s. 325)

Je potřeba poznamenat, že poruchy chování se v mnohých případech kombinují s dalšími poruchami či obtížemi. Jedná se zejména o poruchy emocí, poruchy pozornosti a hyperaktivitu (ADHD), specifické poruchy učení, v pozdějším věku právě zneužívání návykových látek atd. (Ptáček, 2006).

Návykové látky a suicidální chování

Sebevražda (lat. suicidium) je definována jako úmyslné a vědomé ukončení vlastního života. Podle výsledku ji lze rozlišit na dokonanou a nedokonanou (Vokurka a kol., 2009). Od pojmu sebevražda je nutné odlišit termín *sebezabití*, ve kterém chybí vědomý úmysl jedince dobrovolně zemřít. Příkladem může být nechtěné předávkování návykovou látkou (např. heroinem) s následkem smrti.

Sebevražedné chování se může objevit v každém věku. Dle Hamanové a Kabíčka (2001) se sebevražda stala v současnosti ve vyspělých zemích třetí (a někde dokonce druhou) nejčastější smrtí dospívajících. Mezi charakteristické rysy spojené se zvýšeným rizikem suicidálního chování patří (Praško, 2006):

- *Demografické rysy*: adolescence a mladší dospělost, vyšší věk, muž, rozvedený nebo osamělý.
- *Psychiatrické rysy*: nedávné propuštění z léčby (období prvního měsíce po hospitalizaci), dřívější akty sebepoškození, nedávná nepříznivá událost, suicidální jednání v blízkém okolí či příbuzenstvu, deprese nebo mánie, etylismus, toxikomanie, hraniční porucha osobnosti, těžké úzkostné poruchy a posttraumatická stresová porucha, tělesné vyčerpání, velký životní stres u chronicky zranitelné osoby.
- *Sociální rysy*: nedávná ztráta sociální podpory, pokles socioekonomické úrovně, chronické sociální problémy, nezaměstnanost, bydlení o samotě, domácí násilí.
- *Obecně medicínské rysy*: život ohrožující, bolestivé nebo chronické tělesné onemocnění.

Užívání návykových látek se často klade do souvislosti se sebevraždou, a to v podobě rizikového faktoru i jako akcelératoru sebevražedného jednání. Problémy s užíváním návykových látek přispívají k výskytu sebevražedného chování rozličnými způsoby. V případě abusu alkoholu se riziko zvyšuje, pokud jedinec začal s konzumací alkoholu v relativně mladém věku nebo pokud konzumuje alkohol dlouhodobě. Navíc osoby, které užívají návykové látky, jsou často vystaveny ještě dalším rizikovým faktorům. Kromě většího nebezpečí onemocnění depresí u nich existuje vysoká pravděpodobnost, že se časem dostanou do sociálně nebo finančně tíživé situace (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2006).

Návykové látky a kriminalita

Vztah mezi užíváním návykových látek a trestnou činností není jednoduchý. Mnozí pachatelé trestné činnosti nejsou zapojeni do užívání drog a ani mnozí závislí na

návykových látkách nepáchají trestnou činností (ve smyslu sekundárních drogových trestných činů) (Carpentier, 2007).

Podle klasifikace navržené Evropským monitorovacím střediskem pro drogy a drogovou závislost patří k trestné činnosti související s drogami celkem čtyři typy trestných činů (Carpentier, 2007):

- *psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost* – trestné činy spáchané pod vlivem psychoaktivní látky, jako důsledek akutního nebo chronického užívání;
- *ekonomicky motivovaná trestná činnost* – trestné činy spáchané za účelem získání prostředků na financování užívání drog či získání drog samotných;
- *systémová trestná činnost* – trestné činy spáchané v rámci fungování ilegálních drogových trhů jako součást procesu nezákonné nabídky, distribuce a užívání drog;
- *trestná činnost proti drogovým zákonům* – trestné činy spáchané porušováním drogové legislativy a dalších souvisejících právních předpisů.

V odborné literatuře se však častěji setkáme s jiným dělením, které se využívá též v drogové epidemiologii kriminality. Zde se rozlišují dva typy trestných činů (Zábranský, 2003):

- 1) primární drogové trestné činy;
- 2) sekundární drogové trestné činy.

Primární drogová kriminalita je trestná činnost spočívající v jednání, které porušuje právní předpisy v oblasti regulace nakládání s omamnými a psychotropními látkami. Hovoříme o drogové kriminalitě v užším smyslu (Marešová, 2003). Primární drogové trestné činy jsou v trestním zákoníku upraveny v ustaveních v §283 až §287. Podle klasifikace EMCDDA se v případě primární drogové kriminality jedná o tzv. trestné činy proti drogovým zákonům (Zeman, Gajdošíková, 2010).

Vedle těchto specifických trestných činů se s užíváním drog spojuje celá řada dalších trestných činů. *Sekundární drogová kriminalita* zahrnuje jakoukoliv jinou trestnou činnost páchanou za účelem obstarání prostředků na drogy, ale i prostředků pro zabezpečení dalších potřeb uživatelů drog (jídlo, oblečení aj.). Může zahrnovat majetkovou trestnou činnost (např. krádeže), násilnou trestnou činnost (např. loupeže) ale také trestné činy

mravnostní povahy, výtržnictví, útok na veřejného činitele, atd. (Gabrhelíková Müllerová, 2008).

Kriminalita mládeže je součástí celkové kriminality, přičemž zahrnuje jednání osob do věku 18 let, jehož důsledkem je překročení právních a společenských norem. Osoby ve věku 15 až 18 let (tj. mladiství) jsou ze zákona trestně odpovědní s jistým omezením. Osoby mladší 15 let nejsou trestně odpovědné. Pokud spáchá dítě ve věku 12 až 15 let čin, za nějž lze dle trestního zákona uložit výjimečný trest, může mu být příslušným soudem uložena v občansko-právním řízení ochranná výchova (Národní informační centrum pro mládež, 2005).

Zvláštnosti způsobu páchaní trestné činnosti mládeže lze charakterizovat podle Konráda a Porady (1996) například takto:

- Výběr předmětu útoku je určován rozdílným hodnotovým systémem.
- Příprava ke spáchání trestné činnosti je nedokonalá, s nízkou úrovní organizace, obvykle schází příprava ke spáchání trestné činnosti.
- Chování mladistvých se vyznačuje neúměrnou brutalitou, projevující se např. zbytečnou devastací okolí a předmětů.
- Na konání mladistvých má vliv nedostatek vědomostí a schopností při překonávání překážek, mnohdy je použito neúměrných prostředků k dosažení cíle (např. nadměrného násilí).
- Na páchaní trestné činnosti má vliv alkohol nebo jiná návyková látka, která zvyšuje agresivitu a podporuje nepřiměřené reakce na vnější podněty.
- Při opakované trestné činnosti se vyskytují specifické znaky z předcházející trestné činnosti.
- Při získávání alibi se mladiství orientují na osoby ze svého prostředí (ze své party).
- O připravované či spáchané trestné činnosti se rádi svěřují kamarádům ze své party.
- Věci či finanční prostředky získané trestnou činností se rozdělují ve skupině mezi jednotlivé členy.

- Pachatelé často odcizují předměty, které potřebují nebo které se jim líbí (zbraně, alkohol, cigarety apod.). Věci cennější nechávají mnohdy bez povšimnutí.
- Mladiství jednají více emotivně než rozumově. Trestná činnost je většinou páchána pod vlivem momentální situace (místa a doby činu).

2.2 Rizikové chování v oblasti reprodukční

Reprodukční zdraví je definováno jako stav fyzické, duševní a sociální pohody ve všech záležitostech týkajících se reprodukční soustavy, a to ve všech fázích lidského života. Z dobrého reprodukčního zdraví vyplývá, že lidé jsou schopni mít uspokojující a bezpečný pohlavní život, jsou schopni reprodukce a mohou se v této oblasti svobodně rozhodovat (World Health Organization, [b.r.]).

Rizikové chování v této oblasti může zahrnovat předčasný pohlavní život, časté střídání sexuálních partnerů, sexuální styk s nedostatečně poznaným partnerem, sexuálně přenosná onemocnění, časné a nechtěné těhotenství či prostituci.

Vliv návykové látky na sexuální chování se projevuje v oblasti apetence a aktivity, bezpečnosti sexuálního chování, v sexuálních vztazích, ale nepřímo i ovlivněním výběru partnera, v sociálních a ekonomických normách a očekáváních, v sociálním prostředí (Spilková, 2010). Dle Vavřínkové (2011) je užívání návykových látek spojeno s rizikovějším sexuálním chováním. Lidé poté přistupují k méně obvyklým sexuálním praktikám, mají více sexuálních partnerů a častěji provozují sex bez ochrany.

Amfetaminy zvyšují touhu, často se myšlenka na sex stává neodbytnou. V souvislosti s jejich užíváním se dostavuje kreativita v sexuálních praktikách. U závislých na opiátech převažuje rezignace na sex, neboť jejich primárním zájmem je droga (Spilková, 2010). Podrobnější informace k jednotlivým návykovým látkám (tj. potenciální klady a zábery) předkládá tabulka 6.

Tabulka 6: Účinky návykových látek v oblasti reprodukčního chování

Návyková látka	+	-
Alkohol	Pomáhá překonávat ostych a zábrany a zvyšuje libido (pohlavní pud), což zpravidla nemá dlouhého trvání.	Dlouhodobé škodlivé užívání může vést k problémům jako je impotence, snížené libido a potíže při dosahování orgasmu. Navíc se s narůstajícím množstvím alkoholu může zdát potenciální partner stále přitažlivějším.
LSD / „houbičky“	Někteří lidé uvádějí, že sexuální prožitek je „na tripu“ mnohem intenzivnější.	Tripy jsou nevypočitatelné. Nepříjemné halucinace během sexu mohou být traumatické, zatímco vysoká dávka může svého uživatele učinit pro sex absolutně nepoužitelným.
Kokain	Kokain je stimulační droga. V malých dávkách může zvýšit sexuální vzrušení, usnadnit erekci a umocnit prožitek orgasmu.	Ve větších dávkách může kokain stále ještě podněcovat sexuální touhy, i když snižuje schopnost člověka skutečně „fungovat“. Problémy dosáhnout erekce a orgasmu jsou poměrně časté, nemluvě o frustraci s tím spojené.
Amfetaminy	V úvodním návalu může zvyšovat libido, to ale zpravidla nevydrží dlouho.	Muži – uživatelé mohou zjistit, že je jejich penis méně citlivý a je pro ně obtížné dosáhnout ejakulace. Výsledkem je dlouhotrvající soulož, jež představuje pro oba partnery riziko odření genitálií.
Cannabis	Uživatel se může cítit utlumeně a ne zcela příjemně, což může v kombinaci se zvýšenou smyslovou vnímavostí vést k podrážděnosti.	Dlouhodobí a náruživí uživatelé riskují snížením produkce testosteronu a tím i spermatu, zatímco ženy mohou zažívat problémy s plodností v důsledku změn v jejich ovulačním a menstruačním cyklu.
Extáze	Zvýšené pocity vřelosti a empatie vůči tvému sexuálnímu partnerovi. Někteří uživatelé se cítí být více fyzicky vzrušení (i když jiní zase mluví o poklesu vzrušení a oddálení orgasmu).	Zvyšuje pravděpodobnost rizikového sexuálního chování. Některé současné výzkumy uvádějí, že uživatelé se méně obtěžují použít kondom nebo jiné formy antikoncepce.
Opiáty	Drogy jako heroin, morfin nebo kodein patří do skupiny opiátů, které se pro svůj tlumivý efekt používají pro potlačení bolesti. Jejich patrně jedinou výhodou je, že mohou zahánět bolest hlavy, jež může být u někoho výmluvou, proč nemá chuť na sex.	Dlouhodobé škodlivé užívání opiátů může vést k problémům jako je impotence, snížené libido a potíže při dosahování orgasmu.

Zdroj: zpracováno podle Radimecký (2006)

Zdravotními následky abúzu drog pak může být nákaza sexuálně přenosným onemocněním, nechtěné těhotenství, komplikace v těhotenství, novorozenecký abstinenci syndrom či výskyt sexuálních dysfunkcí (Spilková, 2010).

Z výzkumů bylo zjištěno, že rizikové sexuální chování (např. nechráněný sex, střídání partnerů) zvyšující riziko přenosu sexuálně přenosných chorob vysoce koreluje s konzumací alkoholu (Grossman et al., 2004). Blíže se této problematice věnuje například Nešpor a Scheansová (2010).

Návykové látky a předčasný pohlavní život

U části mladých lidí se lze setkat s velmi časným začátkem intimního života. Pokud sexuální kontakty začnou v 15 či 16 letech, je intimní život téměř vždy promiskuitní a přináší vysokou incidenci sexuálně přenosných chorob a stále ještě velký počet nechtěných těhotenství a spontánních i navozených potratů (Kabíček a kol., 2010).

Předčasnost je dána nezralostí obou partnerů ve sféře psychosociální. Ukazuje se, že motivace k zahájení pohlavního života jsou často jiné než v pozdějších obdobích. Nejčastěji se jedná o emocionální distress nebo tlak vrstevníků a vrstevnických skupin, která má, falešný a též komercí podporovaný, obraz normy. Závažná je také biologická nezralost dívky, zejména do věku zhruba 16 až 17 let. Jde především o nezralost v obraně proti infekčním agens při pohlavním životě (Hamanová, Kabíček, 2001).

Průměrný věk prvního pohlavního styku je u mužů i u žen 16 let. Ve věku 19let měly zhruba $\frac{3}{4}$ žen minimálně jeden pohlavní styk, navíc většina mladých mužů i žen má v tomto období za sebou již sexuální vztah s více partnery (Roztočil a kol., 2011).

Právní řád České republiky hodnotí pohlavní život před dovršením 15. roku věku jako pohlavní zneužívání. Tento trestný čin je uveden v trestním zákoníku pod hlavou III (trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti) v § 187. Zmíněné ustanovení má za cíl chránit děti ve věku do 15 let před negativními důsledky předčasných sexuálních aktivit. Zákon v tomto případě hovoří o absolutní sexuální nedotknutelnosti, a to bez ohledu na to, zda k pohlavnímu zneužití došlo se souhlasem (Policie České republiky, 2010).

Sexuální aktivity v raném věku mohou přinést trvalé negativní následky fyzické, psychické, sociální i ekonomické pro budoucí život mladých žen. K nim patří například následující (Rector et al., 2003):

- časný pohlavní život výrazně zvyšuje pravděpodobnost nákazy pohlavně přenosnými chorobami;
- časný pohlavní život zvyšuje pravděpodobnost těhotenství a porodu dítěte mimo manželský svazek;
- časný pohlavní život narušuje schopnost uzavřít stabilní manželství v dospělosti;
- časný pohlavní život je spojen s nižší socioekonomickou úrovní;

- časný pohlavní život je spojen s vyšší pravděpodobností potratů.

Dále bylo zjištěno, že čím dříve žena začne pohlavní aktivitu, tím je pravděpodobnější, že vystřídá během života více sexuálních partnerů. Například dívky, které mají první sexuální styk ve 13 nebo 14 letech, mají během života v průměru 13 nemanželských sexuálních partnerů. Naopak ženy, které začínají pohlavně žít až po 20. roku věku, mají v průměru necelé 3 sexuální partnery (Rector et al., 2003).

Návykové látky a sexuálně přenosné onemocnění

Jako *sexuálně přenosná* označujeme onemocnění, která jsou přenášena pohlavním stykem (Vokurka a kol., 2009). Rozdělujeme je do dvou skupin (Páralová, 2008; Nováková, 2005):

- *Klasická sexuálně přenosná onemocnění.* Tyto nemoci jsou v naprosté většině přenášeny pohlavním stykem. Patří sem syphilis (lues, příjice), gonorrhoea (kapavka), ulcus molle (měkký vřed), lymphogranuloma venereum, granuloma inguinale (ingvinální granulom);
- *Ostatní sexuálně přenosná onemocnění.* Jde o infekce, které jsou přenášeny většinou pohlavní cestou; jejich přenos však může být i nepohlavní. Podle etiopatogeneze se dělí na onemocnění kvasinková, parazitární, protozoární, bakteriální, virová (hepatitis, AIDS, aj.) a další.

Výskyt sexuálně přenosných onemocnění v České republice je v porovnání s celosvětovými a evropskými statistikami v průměru. Alarmující je však fakt, že se věková kategorie osob s pohlavními chorobami obecně a progresivně snižuje (Záhejský 2008). V porovnání s dospělými jsou dospívající více ohroženi nákazou pohlavně přenosných chorob (Grossman a kol., 2004).

Populační skupina 15 až 24letých jedinců je celosvětově považována za skupinu s největším výskytem pohlavních chorob. Ve skupině 15 až 19letých jsou více sexuálně přenosným onemocněním postiženy dívky (důvodem je větší zranitelnost) (Hamanová, Kabíček, 2001).

Návykové látky a nechtěná těhotenství u dospívajících

Podle různých zdrojů sexuálně žije 50 až 80 % mladistvých. Naproti tomu se stále prodlužuje profesní příprava a tedy i vybudování materiálních podmínek potřebných pro založení rodiny trvá déle. Zjednodušeně řečeno, dívky začínají žít dříve a přitom zakládají rodinu později. U dívek vysokoškolaček dosahuje tato diference 10 až 12 let, u dívek z odborných učilišť a středních škol je doba kratší (Havlín, 2001).

Těhotenství u dospívajících před 18. rokem života přináší řadu rizik pro matku (zdravotní rizika, omezování sociálního a profesního vývoje), pro dítě (nedonošenost, perinatální patologie, poruchy socializace) a pro rodinu (nepřipravenost, nezralost na rodičovskou roli, funkce rodiny, rozvodovost aj.) (Lukešová, Litovová, 2011).

Těhotenství přináší dospívajícím dívkám (ale i jejímu okolí) velké dilema - zda zvolit interrupci se všemi zdravotními a psychologickými riziky, či porod nechtěného či nepříliš chtěného dítěte při nedostatečném sociálním zabezpečení a psychické nepřipravenosti k mateřství. Navíc životní perspektivy dětí mladistvých matek jsou značně problematické – významná část končí v ústavní péči, mají menší šanci na vyšší vzdělání, lepší pracovní uplatnění apod. Naopak jsou ve větší míře ohroženy užíváním návykových látek či kriminalitou (Havlín, 2001).

Gravidita mladistvých v našich podmínkách není naštěstí příliš častým jevem a úzce souvisí s časnou koitarché a nedostatečným informováním o antikoncepci. Obecně je považována za rizikovou. Uvádí se, že nízký věk matky zvyšuje riziko předčasného porodu, neonatální mortality a porodu novorozence s IUGR (intrauterinní růstová growth retardace) (Vavřínková, 2008).

Dospívající těhotné dívky se navíc velmi často potýkají s pocity, které se dají jen těžko vyjádřit. Konfliktní pocit neplánovaného těhotenství je pro ně obrovskou zátěží. Nejprve musí překonat strach z okamžiku oznámení situace svému okolí. Nastávající matku mohou tížit finanční problémy, ostuda, pocity viny, problémy ve vztahu s otcem dítěte či pocity méněcennosti (Leifer, 2004).

Návykové látky a prostituce

Pojem prostituce pochází z latinského *prostituere*, což v překladu znamená veřejně se vystavovat. Dnes je interpretována jako „hetero- či homosexuální styk (nikoli jen soulož pro finanční či materiální zisk, nebo jiné výhody“ (Zikmundová, 2010, s. 639).

Provázanost drogové scény a prostituce je v současné době možné připsat na vrub čtyřem faktorům (Vaníčková, 2007):

1. významně stoupá užití návykové látky jako přinucovacího prostředku k prostituci;
2. děti jsou pod vlivem drogy více promiskuitní;
3. děti jsou ochotny pro získání finančních prostředků na návykovou látku poskytovat sex i za peníze;
4. děti provozující dobrovolnou prostituci užívají návykovou látku na povzbuzení nebo k potlačení bolesti.

Především faktory uvedené pod body 2, 3, a 4 jsou v souladu s identifikovaným popisem drogové scény v posledních letech na území České republiky. Propojení drogové scény a prostituce je vysoce rizikové, a to nejen pro samotné děti pohybující se v jejich prostředí, ale též pro možnost propojení mafií, které v nich hrají významnou roli (Vaníčková, 2007).

Navození drogové závislosti zvyšuje zranitelnost osob provozujících prostituci a je formou sekundární viktimizace, která činí tyto osoby obzvláště sociálně zranitelné. Zvyšuje pravděpodobnost jejich napojení do kriminálních aktivit a zesiluje riziko, že se stanou obětí úmyslného násilného trestného činu či vraždy (Vaníčková, 2007). Zneužívání návykových látek u jedinců provozujících prostituci je velmi časté a návykové nemoci k prostituci nezřídka přímo motivují („sex za drogy“) (Nešpor, Scheansová, 2010).

3 Užívání návykových látek u dospívajících

Užívání návykových látek tvoří jednu ze tří hlavních oblastí syndromu rizikového chování uváděného v předchozí kapitole. Vzhledem k rozsáhlosti daného tématu jsme se mu rozhodli věnovat samostatnou kapitolu.

3.1 Základní terminologie

Při řešení problematiky užívání návykových látek jsou využívány některé pojmy, které jsou z hlediska tohoto tématu klíčové a proto je potřeba je blíže objasnit.

Droga. Droga pochází z hol. *droog* (suchý) či špan. *droga* (koření). Původně bylo označení používáno pro sušený rostlinný nebo živočišný materiál, který byl určený k léčebnému použití. V současnosti se jedná o látku přírodní či syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

1. ovlivňuje prožívání reality (má tzv. psychotropní efekt²);
2. může vyvolat závislost (Vokurka a kol., 2009)

Drogová závislost. Drogová závislost je chorobný stav, který je spojený s nezvladatelnou touhou po opakovaném braní drogy, často s tendencí zvyšovat dávky. Na doporučení Světové zdravotnické organizace nahrazuje tento pojem dříve užívané termíny narkomanie a toxikomanie (Vokurka a kol., 2009).

Narkomanie. Narkomanie je definována jako závislost na psychotropních látkách obecně tlumivého typu, zejména opiátech. Často se tento pojem nesprávně používá k označení drogové závislosti všeobecně (Vokurka a kol., 2009). Slovo „narkomanie“ pochází z řeckého „*narke*“ (omámení, náklonnost) a slova „*mania*“ (šílenství) (Stankowski, 2004).

Toxikománie. Termín toxikománie je jeden z nejstarších a běžně užívaných termínů k popisu a vysvětlení dlouhodobého zneužívání drog (Vokurka a kol., 2009). Dnes se tento termín již neužívá a je nahrazen výše uvedeným termínem drogová závislost.

² Psychotropní efekt drog – „výsledek účinku drog na psychiku člověka spočívající především ve změně vnímání reality. Např. deformace času a prostoru, pocity odcizení, vztahovačnost, úzkost, povzbuzení, útlum, euforie, halucinace nejružnějšího typu atd.“ (Vokurka a kol., 2009, s. 754).

Návyková látka. Jako návykové jsou označovány takové látky, které mají vlastnosti povzbuzující návykové či pravidelné užívání. Označení se běžně užívá jako synonymum pro látky, které mají schopnost vyvolávat závislost (Kalina a kol., 2001).

Návykové látky jsou všechny omamné a psychotropní látky uvedené v přílohách zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů³, ve znění pozdějších právních předpisů.

Psychoaktivní látka. Jako psychoaktivní označujeme látku měnící duševní procesy (tj. myšlení či emoce). Spolu se svým ekvivalentem, tj. **látkou psychotropní**, je nejvíce neutrální a nejpopsnější. Týká se všech druhů látek – povolených i zakázaných. Označení psychoaktivní neznamena nutně vytvářející závislost (Kalina a kol., 2001).

Úzus znamená „mírné“ užívání. Lze říci, že v případě alkoholických nápojů se jedná o konzumaci v přijatelném množství jedincem v přijatelném věku a s přijatelným zdravotním stavem, vždy ve vhodné době. U nealkoholových drog se pojem úzus spojuje prakticky pouze s užíváním předepsaných léků a v indikovaném množství (Řehan, 1994). Obecně se však pojem úzus (užívání) používá jako nehodnotící termín týkající se užívání návykových látek obecně, tj. bez ohledu na to, zda je chování přijatelné.

Misúzus znamená zneužívání. Velký lékařský slovník definuje pojem misúzus (z angl. misuse – chybné užití) jako nesprávnou, nevhodnou, příliš častou či nadměrnou konzumaci (Vokurka a kol., 2009).

Abúzus znamená nadužívání. Kalina a kol. (2001) uvádějí, že ve 4. edici Diagnostického a statistického manuálu (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace je abusus definován jako maladaptivní vzorec užívání látky, který vede ke klinicky významnému poškození nebo psychické úzkosti, projevených jednou (či vícekrát) v uplynulých 12 měsících:

1. opakující se užití látky vedoucí k neplnění zásadních povinností (v práci, ve škole, doma);
2. opakující se užití látky v situacích, kdy je to fyzicky nebezpečné (např. řízení automobilu pod vlivem návykové látky);

³ Novelou zákona č. 106/2011 Sb., došlo k rozšíření seznamu o 33 dalších látek.

3. opakující se právní problémy spojené s užíváním látky (např. problémy s policií nebo uvěznění);
4. užívání pokračující i přes trvalé nebo opakující se sociální či mezilidské problémy způsobené nebo obnovené efektem dané látky (např. naléhání partnera).

3.2 Klasifikace návykových látek

V odborné literatuře existuje celá řada systémů dělení psychotropních látek, přičemž se navzájem odlišují zvoleným kritériem, z kterého se při konkrétní typologii vychází.

Podle postoje společnosti můžeme návykové látky dělit na legální a ilegální⁴. Jedná se o zřejmě nejznámější a společensky nejužívanější dělení:

1. *Legální návykové látky.* Jsou společensky tolerovány, běžně se s nimi setkáváme. Patří sem např. alkohol, tabák, kofein.
2. *Nelegální návykové látky.* Naší společností tolerované nejsou, jsou zákonem zakázány. Řadíme sem např. marihuanu, pervitin, heroin či extázi.

Podle vzniku (či původu) dělíme návykové látky na přírodní, semisyntetické a syntetické (viz Tabulka 7) (Hubinová, 2005):

1. *Přírodní.* Do této skupiny lze zařadit např. kanabis, listy keře koka, různé druhy kaktusů, hub apod., což jsou všechno návykové látky, které se vyskytují přirozeně v rostlinné formě. K jejich „výrobě“ není zapotřebí žádné chemikálie, jsou užívány ve své původní rostlinné podobě.
2. *Polysyntetické.* Do této skupiny patří návykové látky, jejichž výchozí surovina je rostlinného původu. Účinné látky jsou z rostlinného materiálu extrahovány a dále zpracovány chemickou cestou na finální drogu. Příkladem může být například kokain vyráběný z listů keřů koky nebo heroin vyráběný z opia.

⁴ Klasifikace návykových látek na legální a ilegální není u dospívajících přesná. Prodej alkoholu a tabákových výrobků pod určitou věkovou hranici je totiž prakticky ve všech civilizovaných zemích považován také za ilegální (Nešpor, Csémy, 1999).

3. *Syntetické*. Tyto drogy jsou vyráběny pouze chemickou cestou. K jejich výrobě jsou nutné prekurzory a pomocné chemické látky. Uveďme například stimulanty amfetaminového typu nebo PCP (fencyklidin), atd.

Tabulka 7: Klasifikace drog podle vzniku

Přírodní	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Konopné produkty (marihuana, hašiš, hašišový olej, máslo, atd.) ➤ Opium (sušená maková šťáva) ➤ Koka ➤ Psychoaktivní houby (lysohlávky, muchomůrky, atd.) ➤ Psychoaktivní rostliny (popínavá liána ayahuasca, některé kaktusy, durman, blín, petúnie, routa, mandragora, atd.) ➤ Kath (káta) a další regionální drogy
Semisyntetické	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Morfin, heroin ➤ LSD podobné surové námelové alkaloidy
Syntetické	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Amfetaminy a jejich deriváty (pervitin) ➤ Opioidy (syntetické sloučeniny s opiátovými účinky) ➤ Ecstasy (MDMA, MDEA, MDBD, MDA) ➤ „falešné ecstasy“ (2CB, PMA, PMMA, atd.) a další taneční drogy ➤ PCP (Andělský prach) a další syntetické halucinogeny ➤ N₂O (humánní anestetikum) ➤ Těkavé látky (rozpuštědla) ➤ Farmaceutická anxiolytika a sedativa

Zdroj: upraveno podle Zábranský (2003, s. 15)

Podle typu působení (účinku na psychiku) a chemického složení dělíme návykové látky na tlumivé látky, stimulantia a halucinogeny (viz Tabulka 8).

1. *Tlumivé látky*. Charakteristické je zpomalení psychomotorického tempa – malé dávky zklidňují, vyšší navozují spánek, kóma, až zástavu životních funkcí.
2. *Stimulantia*. Zbavují únavy, urychlují myšlenkové tempo, aktivují motoriku.
3. *Halucinogeny*. Vyvolávají změny vnímání od pouhého zostření až po stavy podobné schizofrenii.

Tabulka 8: Klasifikace drog podle typu působení a chemického složení

Tlumivé látky (narkotika)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Opiátová/opioidová skupina (morfin, heroin, metadon, pethidin, buprenorfin, atd.) ➤ Anxiolytika a hypnotika (benzodiazepiny a barbituráty)
Psychomotorická stimulancia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Amfetaminy (benzedrin, dexedrin, pervitin) ➤ Kokain (hydrochlorid) a crack (kokainová báze) ➤ Těkavé nitráty (amyl-, butyl-, isobutyl-nitrát)
Halucinogeny	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Konopné produkty (marihuana, hašiš, konopný olej a další) ➤ LSD ➤ Psilocibyn ➤ Mescalín ➤ PCP (Andělský prac) ➤ Extáze a další „taneční drogy“⁵ ➤ Těkavé látky

Zdroj: upraveno podle Zábranský (2003, s. 15)

Podle míry rizika dělíme návykové látky na „měkké“ (látky s nižší mírou rizika v oblasti tělesné, duševní i sociální) a „tvrdé“ (látky s vyšší mírou rizika v oblasti tělesné, duševní i sociální) (viz Tabulka 9). Popov (2001) uvádí, že se jedná o klasifikaci problematickou a značně zavádějící. Je totiž značně obtížné dosáhnout konsenzu v tom, podle jakých kritérií je možné zařadit vybranou látku mezi tvrdé, eventuálně měkké drogy.

Tabulka 9: Klasifikace drog podle míry rizika

Míra rizika	„Tvrdost“ drog	Zástupci
Vysoká	Tvrdé	Toluen, heroin, morfin, durman, crack
Vysoká až střední	Tvrdé	Kokain, pervitin, LSD
Střední	Tvrdé	Alkohol, lysohlávky, extáze, efedrin, kodein
Relativně malá	Měkké	Marihuana, hašiš, kokový čaj
Prakticky bez rizika	Měkké	Káva, čaj

Zdroj: Minařík (2008, s. 340)

V uvedené klasifikaci nalezneme mnoho neshod mezi odbornou a laickou veřejností. Charakteristickým příkladem je například alkohol, který se za tvrdou drogu mezi veřejností nepovažuje, avšak působí u dětí a dospívajících smrtelné úrazy, otravy, atd. Pojem „tvrdé drogy“ se ale vžil, většinou se za ně považuje heroin, pervitin a kokain (Nešpor, Csémy, 2002). Odborníci klasifikaci na „měkké“ a „tvrdé“ návykové látky nemají příliš v oblibě. Tom Illes (2002, s. 6) ve své publikaci uvádí, že „*drogy nelze dělit na „měkké“ a „tvrdé“, protože ať je jed kyselý nebo sladký, pořád je to jed*“.

⁵ Extáze a další „taneční drogy“ vykazují kombinované stimulační a halucinogenní vlastnosti

3.3 Kategorie užívání návykových látek

Ve společnosti přetrvává dichotomní dělení na (zne)užívání návykových látek a na závislost. Jako každá nemoc má ale i užívání svá stádia a předstupně (Zábranský, 2003). Různé kategorie užívání návykových látek je třeba vzájemně diferencovat, jelikož jsou v kontextu drogové politiky vodítkem, jaké volit cíle, jaké priority volit v oblastech primární, sekundární či terciární prevence či jaké intervence používat při práci s uživateli návykových látek a jejich blízkými (Radimecký, 2007).

- **Abstinence.** Termín abstinence znamená zdrženlivost, střídmost (Vokurka a kol., 2009). Jedná se tedy o naprosté zdržení se užívání jakékoliv látky, která mění vědomí (Radimecký, 2007).
- **Experimentální užívání.** Pro experimentální užívání je charakteristická jednorázová zkušenost s danou návykovou látkou, kterou jedinec užije zpravidla maximálně 2 až 3krát za život.
- **Rekreační užívání.** Pro rekreační užívání je charakteristické příležitostné (byť někdy pravidelné) užívání návykové látky – např. o víkendech, při návštěvě tanečních párty, apod. (Radimecký, 2007).

Rekreační užívání je v současné době nejčastěji zmiňováno v kontextu noční zábavy. V tomto prostředí je rozšířené zejména užívání stimulačních drog (extáze, kokain a amfetaminy). Jednoznačně nejrozšířenější a rekreačně nejvíce užívanou psychoaktivní látkou je alkohol (Grohmannová, 2007).

- **Problémové užívání.** Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA, 2009) definuje problémové užívání drog jako injekční užívání drog nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů, kokainu nebo amfetaminů.
- **Závislost.** Současná Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) Světové zdravotnické organizace používá pojmy *syndrom závislosti* a *škodlivé užívání*⁶, zatímco Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace používá pojmy *závislost* a *zneužívání látek*.

⁶ Škodlivé užívání (abusus) je klasifikováno kódem diagnózy F10.1 až F19.1. Je definováno jako užívání, které vede k poruše zdraví. Poškození přitom může být somatické nebo psychické (Mravčík, 2012).

V MKN-10 je syndrom závislosti klasifikován kódem diagnózy F10.2 až F19.2. Je definován jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, které se rozvíjí po opakovaném užití návykové látky (Mravčík a kol., 2012). Syndrom závislosti může být přítomný pro specifickou látku (např. tabák, diazepam), třídu látek (např. opioidy) či širší řadu různých látek (nutkání užívat pravidelně jakékoliv aktuálně dosažitelné drogy) (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2000).

Definitivní diagnóza by se měla stanovit tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2000):

1. silná touha nebo pocit puzení užívat drogu (craving);
2. potíže v kontrole užívání látky (a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství užití látky);
3. somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro danou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky;
4. průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);
5. postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo k zotavení se z jejího účinku;
6. pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození.

Podle DSM-IV je závislost popisována jako maladaptivní model užívání návykové látky, prokázaný výskytem tří a více z následujících příznaků během jednoho dvanáctiměsíčního období:

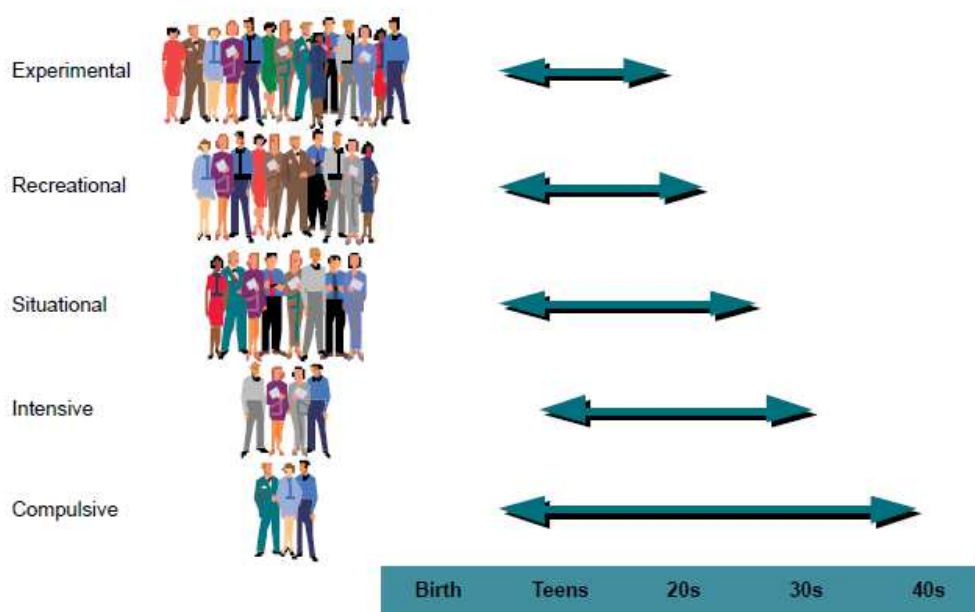
1. Tolerance, projevující se jedním z následujících příznaků:
 - a. potřeba nápadně zvýšených dávek k dosažení intoxikace nebo požadovaného účinku;
 - b. znatelně snížený účinek při užívání stejného množství návykové látky.
2. Příznaky z vysazení drogy, projevující se jedním z následujících příznaků:
 - a. abstinenční příznaky typické pro danou návykovou látku;
 - b. užití identické nebo velmi podobné látky pro potlačení nebo prevenci abstinenčních příznaků.
3. Návyková látka je často užitá ve větším množství, než bylo plánováno.
4. Je přítomna trvalá touha či neúspěšná snaha o snížení nebo kontrolu užívání.
5. Velmi mnoho času je stráveno při aktivitách nutných k získání nebo užívání návykové látky nebo ke vzpomínání se z jejích účinků.
6. Důležité společenské, profesní či rekreační aktivity nejsou vůbec provozovány nebo jsou kvůli užívání návykové látky omezeny.
7. Užívání návykové látky nepřestává, přestože je známa existence trvalých nebo vracejících se fyzických či psychologických problémů, pravděpodobně působených nebo eskalovaných užitou návykovou látkou.

Zábranský (2003) poukazuje na fakt, že systematických členění stádií zneužívání návykových látek existuje celá řada. Americká Národní komise pro marihuanu a drogy (National Commission on Marijuana and Drug Abuse) navrhla v roce 1972 typologii užívání návykových látek. Popsala celkem pět stupňů užívání: experimentální, rekreační, situační (příležitostné), intenzivní a kompulzivní (Kleiman, Hawdon, 2011). Vývojové stupně užívání návykových látek vzhledem k věku jsou zobrazeny na obrázku 3. Zábranský (2003) uvádí jejich bližší charakteristiku následovně:

1. **experimentální užívání** („výjimka“) – sporadické, ne více než 5krát za život;
2. **rekreační užívání** („odreagování“) – jedinec nekupuje návykové látky přímo, ale zároveň neodmítá jejich nabídku, užívá je při společenských či oddechových příležitostech;
3. **příležitostné** („zvyk“) – častější, jedinec sám kupuje návykové látky, které užívá při určité příležitosti či za určité situace;

4. **intenzivní** („návyk“) – velmi časté; jedinec má stále menší kontrolu nad návykovou látkou; užívá ji stále častěji, až se dostává ke každodennímu užívání;
5. **kompulzivní** („závislost“) – denní nezbytné a nucené užívání návykových látek, jedinec bez nich není schopen být, je nucen riskovat kvůli jejich opatření, není schopen se z návyku vymanit bez intenzivní cizí pomoci.

Obrázek 3: Vývojové stupně užívání návykových látek vzhledem k věku



Zdroj: Victoria. Premier's Drug Advisory Council (1996, s. 18)

3.4 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Mezi duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek se podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí řadí „každá duševní nebo behaviorální porucha, která vznikla jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek, bez ohledu na to, zda jsou či nejsou předepsány lékařem“ (Popov, 2001, s. 182). Poruchy způsobené návykovými látkami rozdělujeme do několika kategorií (viz Tabulka 10).

Tabulka 10: Rozdělení poruch způsobených návykovými látkami podle MKN-10

F10.-	Poruchy vyvolané požíváním alkoholu
F11.-	Poruchy vyvolané požíváním opioidů
F12.-	Poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů
F13.-	Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik
F14.-	Poruchy vyvolané požíváním kokainu
F15.-	Poruchy vyvolané užíváním jiných stimulantů (včetně kofeinu)
F16.-	Poruchy vyvolané užíváním halucinogenů
F17.-	Poruchy vyvolané užíváním tabáku
F18.-	Poruchy vyvolané užíváním těkavých organických rozpouštědel
F19.-	Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek

Diagnóza poruchy je stanovena podle nejvýznamnějšího aktuálního klinického stavu, který koreluje s nejdůležitějšími vlastnostmi užívané návykové látky či skupiny látek (Popov, 2001). V praxi jde o akutní intoxikaci, škodlivé užívání, syndrom závislosti, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotickou poruchu, amnestický syndrom, psychotickou poruchu reziduální a s pozdním nástupem, jiné duševní poruchy a poruchy chování a nespecifikované duševní poruchy a poruchy chování (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2000):

- **(F1x.0) – Akutní intoxikace.** Jde o přechodný stav po aplikaci psychoaktivní látky, který vede k poruchám vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyzilogických funkcí a reakcí. Tato diagnóza by se měla stanovit pouze v případech, kdy se intoxikace vyskytuje bez aktuálních vážnějších či trvalejších problémů vyvolaných požíváním psychoaktivní látky.
- **(F1x.1) – Škodlivé užívání.** Jedná se o způsob užívání, který poškozuje zdraví. Toto poškození může být somatické (např. hepatitida u intravenózních uživatelů) nebo duševní (např. epizody depresivní poruchy, která se objevuje sekundárně při těžkém pití).
- **(F1x.2) – Syndrom závislosti.** Bližší informace o syndromu závislosti, včetně diagnostických vodítek, jsou uvedeny v kapitole 3.3 (Kategorie užívání návykových látek).
- **(F1x.3) – Odvykací stav.** Jedná se o soubor různě závažných a navzájem kombinovaných symptomů, ke kterým dochází po vysazení nebo snížení dávek psychoaktivní látky, která byla užívána opakovaně, dlouhodobě či ve vysokých dávkách. Začátek i průběh odvykacího stavu je časově omezen a podléhá látce a dávce, která byla užívána bezprostředně před abstinencí.

- **(F1x.4) – Odvykací stav s deliriem.** Jde o krátký, ale někdy život ohrožující stav zmatenosti s přidruženými somatickými poruchami. Zpravidla je důsledkem úplného nebo částečného vysazení alkoholu u silně závislých osob s dlouhodobým pitím v anamnéze. Obvykle začíná po vysazení alkoholu.
- **(F1x.5) – Psychotická porucha.** Vzniká během nebo bezprostředně po požití látky. Je charakterizována smyslově živými, typicky sluchovými, halucinacemi, záměnou osob, bludy nebo vztahovačností (často paranoidního obsahu), psychomotorickými poruchami (vzrušení či stupor) a abnormními emocemi. Vědomí je převážně jasné. Poruchy vymizí alespoň částečně do 1 měsíce, plně do půl roku.
- **(F1x.6) Amnestický syndrom.** Syndrom spojený s chronickým zhoršením krátkodobé paměti, zatímco bezprostřední paměť, vědomí a další kognitivní funkce narušeny nejsou. Ztrátou všípivosti, sníženou výbavností a konfabulacemi a nozoagnózií je charakteristická zejména rozvinutá závislost na alkoholu (Korsakovova psychóza) (Popov, 2012).
- **(F1x.7) Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem.** Bez souvislosti s přímým účinkem látky (resp. přetrvávající déle, než je její předpokládaný přímý účinek) zahrnuje krátce trvající stavy („flashback“) i stavy chronické (např. alkoholická demence) (Popov, 2012).

Výše uvedené kódy by měly být používány podle potřeby pro každou specifikovanou substanci. Je však třeba připomenout, že ne všechny kódy čtvrtého znaku jsou použitelné pro všechny substance (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2000).

3.5 Teorie vzniku a vývoje závislosti

Existuje celá řada teorií, které se pokoušejí vysvětlit vznik a vývoj závislosti. Zprávy Národního institutu pro drogy a alkohol (NIDA) jich uváděly v roce 1986 více než 400. Mohou se rozdělit na *teorie biologické* (genetické teorie, enzymové teorie, dopamin-endorfinová teorie, neurologický model aj.), *sociologické* (teorie distribuce spotřeby, teorie anomie aj.), *psychologické* (teorie tenze, teorie inklinace k moci, „hra na alkoholika“ apod.) a na *integrativní modely*, které dávají do souvislosti působení různých proměnných (Urbanův interakční model, bio-psycho-socio-spirituální model) (Řehan, 2007). Vzhledem

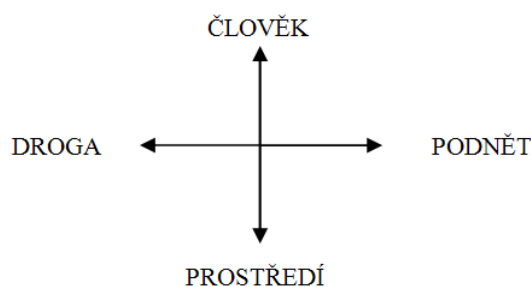
k prostorovému omezení se budeme věnovat hlavnímu proudu soudobých modelů, kterým je právě model bio-psycho-socio-spirituální.

Bio-psycho-socio-spirituální model vzniku a vývoje závislosti

Příčiny závislosti na návykových látkách jsou velmi komplexní. Při jejím vzniku hraje roli kombinace různých faktorů – fyziologické (hereditární nebo získané) se kombinují s psychologickými a sociokulturními (Kudrle, 2003). Pro vznik a vývoj závislosti je tedy nutná interakce tří faktorů, a to *biologických* (droga, somatická výbava jedince), *psychologických* (osobnostní struktura jedince) a *sociálních* (společenských). Zpravidla se však příčiny vedoucí ke vzniku závislosti člení do čtyř skupin (viz Obrázek 4) (Popov, 2001):

1. na faktory *farmakologické* (droga) – návyková látka a její vlastnosti;
2. na faktory *somatické a psychické* (člověk) – vlastnosti jedince, dispozice;
3. na faktory *environmentální* (prostředí) – místo, kultura, zvyky, tradice, zákony;
4. na faktory *precipitující* (podnět) – provokující, vyvolávající, spouštěcí činitele.

Obrázek 4: Interakční schéma závislosti



Zdroj: Popov (2001, s. 186)

Pokud obohatíme zmíněný bio-psycho-sociální model o *složku spirituální* (přesahující, duchovní, transcendentální) představující potřebu růstu, spirituality, sebe-přesahu, smyslu a zařazení jedince ve vesmíru i otázky týkající se smyslu života, původu a směřování, poté nahlédneme na člověka jako na bio-psycho-sociálně-spirituální jednotu (Orel, Facová, 2009).

Spiritualitu lze definovat jako zastřešující pojem, který zahrnuje osobní přesvědčení nebo hodnoty poskytující pocit smyslu a jednoty se sebou samým, s lidmi, s přírodou a vesmírem (Tse et al., 2005). Kalvínská (2011, s. 365) předkládá definici spirituality Světové zdravotnické organizace z roku 1990: „*Spirituální aspekty péče o pacienty jsou takové stránky lidského života, které se nějakým způsobem vztahují k zážitkům, přesahujícím smyslový fenomén. Nejsou stejné jako náboženské prožitky, ačkoliv pro mnoho lidí je náboženství vyjádřením jejich spirituality*“.

Hlavní rysy spirituality identifikovali Martsolf a Mickley (1998). Řadí mezi ně:

1. *smysluplnost* (smysl života, smysl životních situací; odvozování jejich účelnosti);
2. *propojení* (vztahy k sobě, ostatním lidem, Bohu/vyšší moci, životnímu prostředí);
3. *transcendenci* (zkušenosti s dimenzí přesahující sebe sama a oceňování této dimenze);
4. *hodnoty* (přesvědčení a ctěné normy);
5. *stávání se* (rozvíjení života, které vyžaduje reflexi a zkušenosti).

Na každého člověka tak můžeme nahlížet z různých pohledů, které vždy fungují ve vzájemných vztazích a součinnosti. Orel a Facová (2009) přirovnávají celý systém k pavučině, v níž jsou všechna vlákna vzájemně propojena, souvisejí spolu a ovlivňují se. Sebemensi změna v kterékoliv části pomyslné pavučiny přináší důsledky pro celý systém a mění ho. V onom systému se tak ztrácí lineární kauzalita, kdy jedna příčina má jeden důsledek. V životě totiž dochází k situacím, kdy ke stejným důsledkům může vést několik různých příčin a naopak jedna příčina může způsobit odlišné důsledky.

3.6 Prevalence a vzorce užívání návykových látek u dospívajících

Zneužívání návykových látek je považována za součást syndromu rizikového chování v dospívání, který aktuálně ovlivňuje zdraví dospívajících ve všech rozvinutých zemích. Oblast návykových látek v této věkové skupině je u nás zmapována (Kabíček a kol., 2010):

- dotazníkovými akcemi (nejvýznamnější je ESPAD);

- pravidelnými statistikami klientů registrovaných v protialkoholních a protidrogových zařízeních.

Užívání návykových látek u dospívajících do 15 let

Z evropských statistik je patrné, že návykové látky naštěstí užívá jen málo dětí do 15 let a drogová závislost je velmi výjimečným jevem. K pravidelnému užívání návykových látek mezi dospívajícími této věkové kategorie dochází nejčastěji u vysoce problémových skupin populace, kde se užívání kombinuje s dalšími problémy (Clark et al., 2005).

Primárním problémem, kvůli kterému velká většina dětí mladších 15 let nastupuje léčbu, je užívání konopí. V menším měřítku se poté jedná o užívání těžkých látek. Jen velmi malé procento klientů nastupujících do léčby užívá jako svoji primární drogu opioidy nebo jiné látky (EMCDDA, 2010b).

Obecně však lze říci, že do léčby kvůli užívání nelegálních návykových látek nastupuje jen velmi malé procento dětí do 15 let. Může to mít různé důvody (EMCDDA, 2010b):

- prevalence užívání návykových látek u dětí do 15 let je obecně nízká;
- přestože mladí lidé návykové látky užívají, jejich chování se ještě nevyvinulo v problémové užívání;
- dostupnost léčebných zařízení, která se zaměřují na děti do 15 let, je nízká;
- obtížný přístup k léčbě (zejm. pro některé skupiny);
- některé děti, které mají problémy s užíváním drog a zároveň se potýkají s dalšími problémy, mohou být sice v evidenci sociálních služeb, ale jejich drogový problém zůstává nezaznamenán;
- získané údaje týkající se užívání návykových látek nemusejí odrážet skutečný stav z důvodu ochrany soukromí a zachování anonymity.

Užívání návykových látek u dospívajících nad 15 let

Výsledky studie ESPAD potvrzují dlouhodobé trendy v poklesu prevalence užití pervitinu, heroinu, extáze i halucinogenních hub. V roce 2011 došlo poprvé k poklesu užití konopných látek. V čase se snižuje subjektivně vnímaná dostupnost nelegálních drog,

včetně látek konopných, zatímco dostupnost alkoholických a tabákových výrobků zůstává na vysoké úrovni (Mravčík a kol., 2012).

3.7 Specifika v užívání návykových látek u dospívajících

Užívání návykových látek u dospívajících a dospělých se značně liší. Různé jsou etiologické faktory, vzorce i kontext užívání, terapeutické postupy (Swadi, 2000) i specifika působení návykové látky. Ta uvádí Nešpor (2011):

- rychlejší rozvoj závislosti na návykových látkách;
- existuje zde vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost a sklon k riskování typický pro dospívání;
- existuje zde vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky;
- děti či dospívající zneužívající návykové látky zaostávají v psychosociálním vývoji (oblast vzdělávání, citového vyzrání, sebekontroly, sociálních dovedností, aj.);
- i „pouhé“ experimentování s návykovými látkami je u dětí a dospívajících spojeno s většími problémy v různých oblastech, jako je rodina, škola, trestná činnost, aj.;
- vyskytuje se zde častější tendence zneužívat širší spektrum návykových látek, přecházet od jedné k druhé, případně užívat více látek současně;
- návykové látky narušují vytváření sítí mozkových buněk, čímž snižují schopnost paměti a učení;
- recidivy závislosti u dětí a dospívajících jsou časté, dlouhodobá prognóza však může být z důvodu přirozeného procesu zrání podstatně příznivější, než jak by naznačoval často bouřlivý průběh.

U dospívajících však nalezneme mnoho dalších specifík. Swadi (2000) k nim řadí:

- menší pravděpodobnost intravenózního užívání;
- častější poškození v důsledku akutní intoxikace než chronického užívání.

Výše nastíněná specifika s sebou nesou i nevýhody a rizika, která ovlivňují a limitují možnosti úspěšné práce s mladými lidmi. Uvádí je Radimecký (2007):

- Adolescenti jsou v podstatě bez neurotických příznaků (tj. užívání drog jim nepůsobí problémy), jež by je motivovaly ke změně jejich chování.
- Naopak neurotické příznaky, jež motivují jedince k růstu, bývají externalizovány (tj. trpí jimi jejich rodiče, pedagogové či společnost).
- Adolescenti mají řadu nejasností v osobních cílech.
- Často bývají hyperkritičtí a vysoce citliví ve vztahu k autoritám, chybným úkonům či nespravedlnosti.
- Velký vliv na chování adolescentů mají vrstevníci.
- Adolescentním uživatelům návykových látek chybí motivace ke změně chování.

Nešpor a Müllerová (2006) kromě výše uvedeného popisují i specifika léčby u dospívajících. Řadí mezi ně následující:

- Zvláště důležitá je rodinná terapie (rodinná terapie s rodiči bývá ještě důležitější než u dospělých)
- Důležitější bývají i tzv. dovednosti potřebné pro život. To se týká pracovních a studijních návyků, zvládání zátěže, rekreace a dobrých zálib, zdravého sebeprosazení, komunikačních dovedností, řešení problémů a konfliktů, zvládání negativních emocí atd.
- Je třeba více pamatovat na zdravý životní styl a vytváření sítě sociálních vztahů.
- Léčba bývá zaměřena více na současnost a realitu. Podle potřeb zahrnuje i poradenství (týkající se např. vztahů, volby zaměstnání, právních záležitostí, antikoncepce atd.) a praktickou pomoc (např. při jednání se školou nebo úřady).
- Psychoterapie je při léčbě návykových nemocí u dětí a dospívajících velmi prospěšná. Bývá užitečné pracovat s problémy současného života a plány do budoucna.
- Příhodné je kombinování více léčebných postupů.
- Za vhodnou je považována arteterapie, psychodrama a muzikoterapie, relaxační techniky a jóga.

- Vzhledem k většímu nebezpečí návykových látek u dětí a dospívajících bývá někdy vhodná ústavní léčba i v situacích, kdy by se dospělého stav dařilo ještě zvládat ambulantně.
- V terapeutické komunitě i ústavní léčbě potřebují dospívající obvykle více individuálního kontaktu.

3.8 Somatické a psychické komplikace užívání návykových látek u dospívajícího

Návykové látky jsou v současné době závažný společenský problém, který s sebou přináší výrazné dopady v oblasti psychosociální i somatické. Jejich uživatel není ohrožen „pouze“ intoxikací či vznikem toxické psychózy (viz kapitola 3.4). Jeho životní styl vede ke zvýšenému riziku řady chorob infekční i neinfekční povahy. V některých případech může užívání návykových látek zhoršit již existující chorobné procesy či vyprovokovat k manifestaci jejich latentní formu. Hrozí vyšší riziko otrav a úrazů, závislí se též častěji stávají obětí násilných trestných činů (Minařík, Hobstová, 2003).

Velká část zdravotních rizik připadá na vrub infekčním chorobám, které souvisejí (Minařík, Hobstová, 2003):

- s používáním nesterilních pomůcek užívaných k intravenózní aplikaci;
- s často nízkou socioekonomickou úrovní a tím pádem i nízkým hygienickým standardem;
- se sexuální promiskuitou.

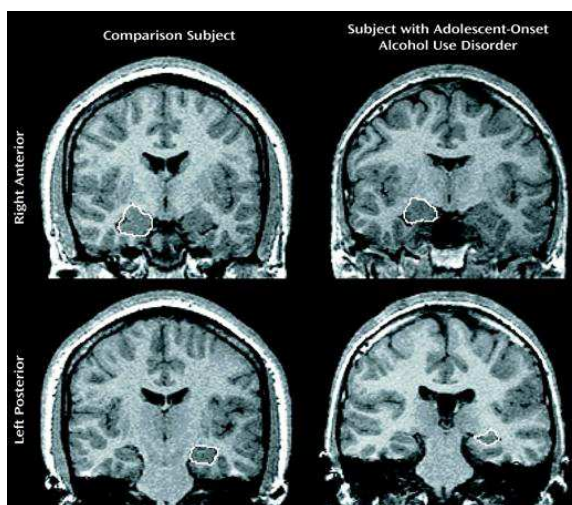
Nutno podotknout, že onemocnění vyplývající z užívání návykových látek mohou být v konečném důsledku vážnějším problémem než sama závislost (Minařík, Hobstová, 2003).

V období dospívání dochází k vytváření nových sítí mozkových buněk. Je všeobecně známo, že užívání návykových látek způsobuje u dospělých kognitivní poškození. Mnohem méně je však znám vliv užívání těchto látek na kognitivní vývoj dospívajících. Squeglia, Jacobus a Tapert (2009) popisují, že expozice návykovým látkám může v období neurologického vývoje přerušit přirozený průběh zrání mozku a narušit tak klíčové procesy jeho vývoje. Kognitivní deficity poté mohou mít v budoucnu škodlivé důsledky pro další

akademické, pracovní a sociální fungování. Dle Nešpora (2004) tak v důsledku užívání návykových látek dochází k poškození paměti a schopnosti učení, což ve výsledku vede k horším studijním výsledkům. Poškození paměti navíc může přetrvávat i později, kdy spotřeba návykových látek klesne. Z výzkumů se například zjistilo, že u 17letých dospívajících pijících alkohol, je menší hippocampus (část mozku důležitá pro učení a paměť).

Zkoumáním objemu hippocampu u adolescentů se zabývala například studie De Bellise a kolektivu (2000), v níž prostřednictvím magnetické rezonance autoři srovnávali objemy hippocampu u dospívajících a mladých dospělých užívajících alkohol s kontrolní skupinou (viz Obrázek 5). Z výzkumu vyplynulo, že levý i pravý hippocampus byl u těchto osob podstatně menší. Celkový objem pozitivně koreloval s věkem při počátku pití alkoholu a naopak negativně koreloval s dobou užívání alkoholu.

Obrázek 5: MRI vyšetření mozku – hippocampus



Zdroj: De Bellis et al. (2000, s. 741)

Užívání návykových látek u dospívajících však s sebou přináší mnohá další rizika. Nelze opomenout úrazy, dopravní nehody, otravy, sebevraždy, sexuální násilí, nebezpečný sex, trestnou činnost, rychlý rozvoj závislosti na návykových látkách, aj. (Nešpor, 2004).

Rizika spojená s užíváním návykových látek závisí nejen na specifickém efektu užívané návykové látky, ale i na velikosti dávky, délce drogové kariéry či způsobu

aplikace návykové látky. Jiná rizika tak s sebou nese užívání aplikace, jiná šňupání, inhalace či užívání perorální (Minařík, Hobstová, 2003):

- *Injekční aplikace.* Jedná se o nejrizikovější způsob užívání návykových látek, jelikož dochází ke vpravení toxické látky včetně nežádoucích příměsí a mikroorganismů přímo do krevního řečiště. Může tak dojít k rozvoji infekčního onemocnění. Navíc krevní cestou dochází k přenosu choroboplodných zárodků i do vzdálených orgánů.
- *Šňupání (sniffing).* Branou vstupu je nosní sliznice, která je v důsledku užívání značně poškozena. Některé látky, např. kokain způsobují anemizaci sliznice a při opakovaném užívání dochází k atrofii a posléze destrukci, včetně ztráty čichu.
- *Inhalace.* Účinná látka je vstřebávána plicními sklípky. Ačkoliv je rychlost nástupu účinku oproti šňupání vysoká, nedosahuje rychlosti při intravenózní aplikaci.
- *Perorální aplikace.* Největší riziko spočívá v obtížně odhadnutelné dávce pro pozdní nástup účinku. Taktéž biologická dostupnost⁷ je nízká.

Je však potřeba mít na paměti, že nejen samotná závislost může poškodit ve všech oblastech života, tj. v oblasti somatické, psychické i sociální. Obrovská rizika s sebou nese jakékoliv užití návykové látky – tedy i jednorázové.

⁷ *Biologická dostupnost* je podíl množství podané látky, který se v nezměněné či aktivní formě dostane na místo účinku. Biologickou dostupnost perorálně podaných látek snižuje nevstřebaný podíl a podíl vychytaný a metabolizovaný v játrech (Vokurka a kol., 2009).

4 Ohrožené skupiny mladých lidí

V našem textu se setkáváme s označením „ohrožená skupina“. Avšak co takový termín znamená? „Ohrožení“ jako takové může mít dva odlišné významy, přičemž je nutné rozlišovat dospívající, u nichž se doposud rizikové chování neprojevuje a na dospívající, u nichž se již rizikové chování projevilo (Jessor, 1991):

U dospívajících, u nichž se již rizikové chování projevuje, termín „ohrožení“ znamená, že jsou ohroženi negativními dopady na zdraví a život (tj. užíváním návykových látek, předčasným sexuálním životem, předčasným těhotenstvím, neúspěchy ve škole, problémy se zákonem, nezaměstnaností, neadekvátním sebepojetím aj.). Tento význam ohrožení představuje v ontogenezi rizika pozdější vývojovou fázi, kdy se již rizikové chování uskutečňuje a intervence je vhodnější než primární prevence. U této fáze by hodnocení velikosti rizika zahrnovalo zohlednit:

1. intenzitu konkrétního rizikového chování;
2. počet různých rizikových způsobů chování u daného dospívajícího a míru, v jaké představují uspořádanou strukturu nebo životní styl;
3. načasování věku počátku rizikového chování;
4. míru současného ochranného chování.

Vysoké ohrožení by v této fázi bylo výsledkem vážné a dlouhodobé účasti v organizované struktuře rizikového chování a malé účasti v ochranných způsobech chování.

U dospívajících, u nichž se rizikové chování dosud neprojevuje, znamená „ohrožení“ riziko zahájení rizikového chování (tj. zahájení užívání návykových látek, prvního pohlavního styku, aj.). Tento význam „ohrožení“ představuje v ontogenezi rizika dřívejší fázi (před zahájením rizikového chování), v níž se jeví jako vhodnější termín prevence nebo primární prevence. Pro tuto fázi by hodnocení velikosti rizika vyžadovalo zohlednění:

1. počtu a intenzity rizikových faktorů v konkrétní oblasti;
2. počtu a intenzity ochranných faktorů v téže oblasti;
3. všudypřítomnost rizikových faktorů napříč různými oblastmi;
4. všudypřítomnost ochranných faktorů napříč různými oblastmi.

Být *vysoce ohrožen* v této fázi by znamenalo, že v několika oblastech existuje několik vážných rizikových faktorů a že v týchž oblastech je málo ochranných faktorů.

Adolescenti jsou obecně považováni za ohroženou (tj. rizikovou) skupinu z hlediska užívání návykových látek. Mezi mladými lidmi však existují další specifické skupiny, které vykazují zvýšenou vulnerabilitu (EMCDDA, 2010):

- mladiství pachatelé trestné činnosti;
- mladí lidé v ústavní péči;
- mladí lidé s nedokončeným vzděláním;
- studenti s problémy v sociální rovině nebo s problémy s prospěchem;
- mladí lidé žijící ve znevýhodněných rodinách;
- mladí lidé žijící ve čtvrtích, kde se koncentruje více různých rizikových faktorů a problémů souvisejících s užíváním návykových látek.

Výše uvedené skupiny se mohou i vzájemně překrývat. Například děti v ústavní péči se mohou zároveň potýkat s dalšími problémy – např. problémy v rodině, delikvencí, špatnými studijními výsledky, atd. (EMCDDA, 2010).

Identifikace ohrožených skupin není jednoznačnou predikcí k užívání návykových látek, ale spíše vstupním bodem pro formulování politik a realizaci intervencí. Mohlo by být namítáno, že identifikování skupin ohrožených užíváním návykových látek (v našem případě jedinců z ústavních zařízení) by mohlo být totéž jako nálepkování (tj. označování nálepkou „uživatel návykových látek“). Součástí této deklarované rizikivosti je však zároveň přidaná hodnota v podobě odpovídajících výhod a dalších příležitostí (McGovern, 1998 in EMCDDA, 2010).

Děti v ústavní výchově a ochranné výchově

Z výsledků průzkumu provedeného na Slovensku mezi 425 mladými lidmi ve věku od 15 do 19 let z 36 státních zařízení náhradní výchovné péče je patrné, že přes 30 % respondentů již někdy užilo v průměru deset různých návykových látek. V rámci školního průzkumu mezi 15 až 17letými uvedlo celoživotní zkušenost v průměru se čtyřmi různými návykovými látkami pouze 17 % studentů (EMCDDA, 2010).

Užívání návykových látek u dětí v zařízeních speciálního školství se ve své bakalářské práci zabývala Chrtová (2012). Jejím cílem bylo zjistit rozsah užívání návykových látek a důvody užívání u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí.

V období od října 2012 do března 2012 byla sesbírána data z celkem šesti zařízení speciálního školství v Jihočeském kraji. Jednalo se o dětské domovy, diagnostické ústavy a výchovné ústavy. Soubor tvořilo celkem 63 chlapců a 67 dívek. Z výzkumu vyplynulo, že ve srovnání s běžnou populací obdobného věku se prokázaly významně vyšší prevalence zkušeností s jednotlivými nelegálními návykovými látkami, významně nižší věk první zkušenosti s návykovou látkou a vyšší frekvence užívání (Chrtová, 2012).

4.1 Role rizikových a ochranných faktorů v užívání návykových látek v dospívání

Výzkumy ukázaly, že existuje mnoho rizikových faktorů, které zvyšují pravděpodobnost vzniku problémového chování. Na druhou stranu však byly též identifikovány určité ochranné faktory, které mohou pravděpodobnost těchto problémů snížit.

Rizikové faktory jsou okolnosti, které zvyšují pravděpodobnost problémového chování (např. užívání návykových látek, násilí, sebevraždy, brzká sexuální aktivita). Čím více rizikových faktorů v životě člověka působí, tím je větší pravděpodobnost rozvoje těchto problémů. Naproti tomu **ochranné faktory** jsou okolnosti, které pomáhají úspěšnému zvládnutí životní výzvy. Ochranné faktory jsou nástrojem pro zdravý vývoj, budují odolnost (resilienci) a schopnosti (Alaska Division of Behavioral Health, 2011).

Prvním důležitým krokem je vyjasnění pojmů „riziko“ a „rizikové faktory“ (příp. „ochranné faktory“). Podle autorů Mrazek a Haggerty (1994) je rizikový faktor proměnná, která musí být spojena se zvýšenou pravděpodobností vzniku dané poruchy a která musí vzniknout před nástupem této poruchy. Podobnou definici předkládají Kraemer et al. (1997). Uvádějí, že rizikovým faktorem je měřitelná charakteristika jednotlivých subjektů ve specifické populaci, která předchází určitému výsledku a která může být použita k rozdělení do dvou skupin – tj. s vysokým rizikem a s nízkým rizikem.

Při vzájemném působení rizikových a ochranných faktorů přicházejí v úvahu následující možnosti (Nešpor a kol., 1998):

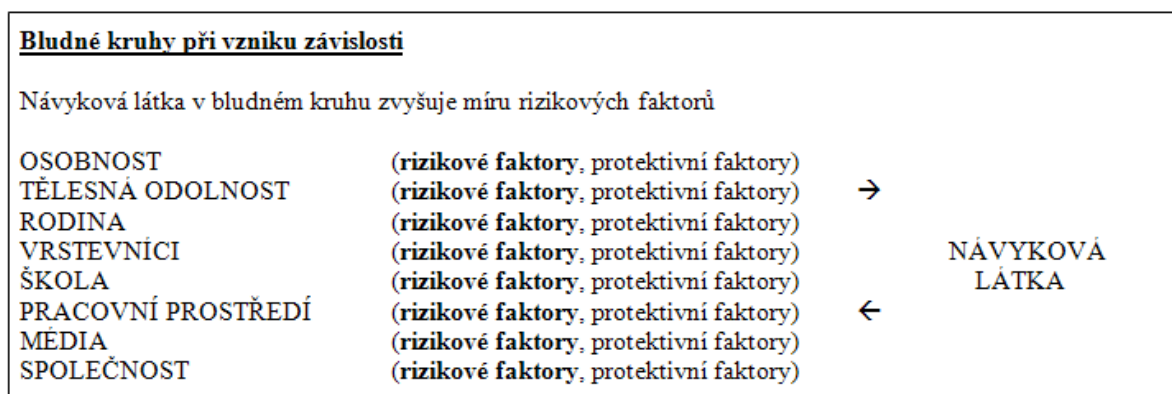
- Ochranné faktory převažují ⇒ nedojde k setkání s návykovou látkou. Pokud ano, nedojde k vzniku závislosti nebo dalších problémů.
- Rizikové faktory převažují ⇒ dojde k setkání s návykovou látkou a k vzniku závislosti či dalších problémů ⇒ to ještě zvýší míru rizikových faktorů ⇒ to ještě zvýší míru problémů, které návyková látka působí ⇒ to ještě zvýší míru rizikových faktorů atd.
- Rizikové faktory převažují, ale podaří se je dostatečně snížit za pomoci vhodné intervence ⇒ nedojde k setkání s návykovou látkou. Pokud ano, nedojde k vzniku závislosti nebo k dalším problémům.
- Rizikové faktory převažují ⇒ dojde k setkání s návykovou látkou a k vzniku závislosti nebo k dalším problémům ⇒ je poskytnuta včasná a účinná intervence ⇒ to předejde dalším problémům s návykovou látkou a posílí protektivní faktory ⇒ předejde se dalším problémům, které návyková látka působí.

Rizikové a ochranné faktory můžeme považovat jako opačné konce kontinua. Znamená to, že ochranné faktory působí v přítomnosti rizikových faktorů, jejichž efekt se snaží zmírnit. Působí tedy tím způsobem, že snižují pravděpodobnost účinku rizikových faktorů – například silné rodinné vazby snižují působení negativních vlivů vrstevnických skupin tím, že ovlivňují výběr přátel dospívajícího (Schulenberg, Maggs, 2002).

Situaci jedince, který si vytváří závislost na návykové látce, lze schematicky znázornit následovně (Nešpor a kol., 1996):

- *Návyková látka v bludném kruhu zvyšuje míru rizikových faktorů* (viz Obrázek 6): Cílem léčby a prevence je tyto bludné kruhy obrátit. Prevence nebo léčba by měla ovlivnit co nejvíce faktorů či alespoň zvýšit odolnost vůči rizikovým činitelům, které nelze aktuálně změnit (např. reklama návykových látek).

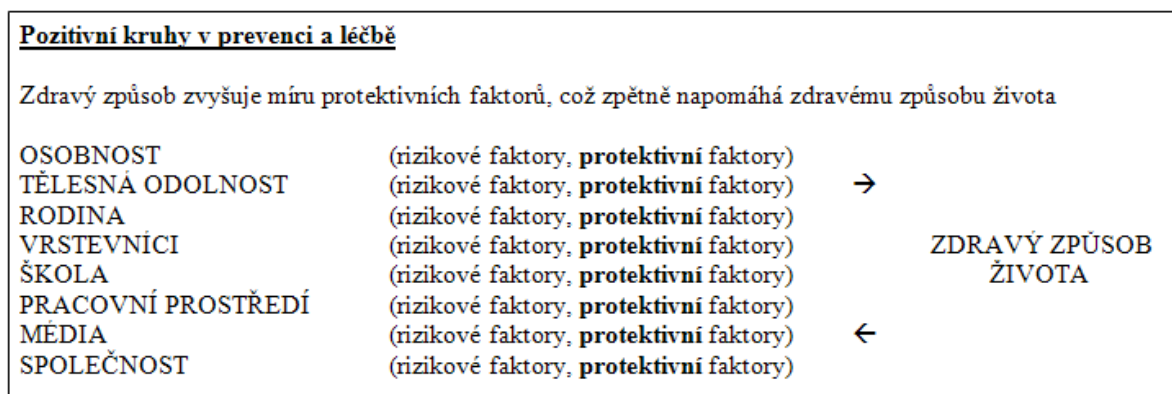
Obrázek 6: Bludné kruhy při vzniku závislosti



Zdroj: Nešpor a kol. (1996, s. 21)

- *Zdravý způsob zvyšuje míru protektivních faktorů, což zpětně napomáhá zdravému způsobu života (viz Obrázek 7): Cílem prevence není pouze předcházet vzniku závislosti. Mnoho škod způsobených návykovými látkami totiž postihne i ty, kteří závislí nejsou. Příkladem mohou být dopravní nehody pod vlivem návykové látky nebo předávkování.*

Obrázek 7: Pozitivní kruhy v prevenci a v léčbě



Zdroj: Nešpor a kol. (1996, s. 21)

4.2 Rizikové faktory

Proč tedy lidé berou drogy? Existuje velké množství studií zkoumajících rizikové faktory spojené s užíváním návykových látek. Panuje však všeobecná shoda, že se nevyskytuje pouze jediný faktor a že původ zneužívání návykových látek je multifaktoriální.

Zneužívání návykových látek a závislost na nich vzniká přes složitou interakci biologických rizikových faktorů (včetně genetických) a psychosociálních rizikových faktorů (včetně osobnostních vlastností a souvisejících faktorů, zahrnující sociální prostředí, ve kterém jedinec žije) (Mrazek, Haggerty, 1994). Některé z potenciálních rizikových faktorů a jejich význam v závislosti na věku předkládá tabulka 11.

Tabulka 11: Rizikové faktory pro užívání návykových látek mezi mladými lidmi

Rizikové faktory	Vysvětlení	Prenatální období	Narození	0-2 roky	3-8 let	9-11 let	12-18 let	Dospělost
Prenatální	Užívání návykových látek v těhotenství	√	√					
Genetické	Genetický vztah	√	√	√	√	√	√	√
Rodinné	Rodičovská disciplína, soudržnost rodiny, užívání návykových látek u rodičů či sourozenců, kontrola rodičů, časné životní trauma			√	√	√		
Školní	Záškoláctví, vzdělání, problémy ve škole, školní řád				√	√	√	
Vrstevnické	Užívání návykových látek u přátel, antisociální chování u přátel						√	
Psycho- logické	Vliv intoxikace, únik z negativní nálady						√	
Socio- ekonomické	Nízké příjmy domácnosti, nedostatek okolního vybavení							√

Zdroj: Thirlaway, Upton (2009, s. 219)

Některé rizikové faktory mohou být v určitých fázích vývoje silnější než ostatní. Sem bychom mohli zařadit např. tlak vrstevníků v období dospívání. Stejně tak některé ochranné faktory, např. silné pouto rodiče s dítětem, mohou mít větší vliv v počátečních letech. Důležitým cílem prevence je změnit rovnováhu mezi rizikovými i ochrannými faktory tak, aby ochranné faktory převažovaly (National Institute on Drug Abuse, 1997).

Hawkins, Catalano a Miller (1992) identifikovali 17 rizikových faktorů (viz Tabulka 12), které jsou spojeny s užíváním alkoholu, tabáku a dalších návykových látek. Tyto rizikové faktory rozdělili do dvou hlavních kategorií:

1. společenské a kulturní faktory (tj. kontextové);
2. individuální a interpersonální faktory.

Tabulka 12: Rizikové faktory

Společenské a kulturní faktory	1) Zákony a normy a) zdanění b) zákony upravující, komu se alkohol prodává c) zákony upravující, jak se alkohol prodává
	2) Dostupnost
	3) Extrémní ekonomická deprivace
	4) Dezorganizované čtvrti
Individuální a interpersonální faktory	5) Fyziologické faktory d) biochemické faktory e) genetické faktory
	6) Chování rodiny a postoje k návykovým látkám
	7) Nevhodné a nedůsledné postupy v oblasti rodinného vedení
	8) Rodinné konflikty
	9) Nízké propojení v rodině (narušení interakce mezi R a D)
	10) Časně a přetrvávající problémy chování
	11) Akademické nedostatky a) inteligence b) školní neúspěch
	12) Nedostatek odhodlání chodit do školy
	13) Odmítání ze strany vrstevníků
	14) Sdružování s vrstevníky užívajícími návykové látky
	15) Odcizení a vzpurnost
	16) Postoje a názory ve prospěch užívání návykových látek
	17) Časný počátek užívání návykových látek

Zdroj: Hawkins, Catalano a Miller (1992)

V odborné literatuře se však můžeme setkat i s jinými komplexnějšími teoriemi, které zahrnují více faktorů současně. Například Newcomb (1995) roztrídil výše zmíněné rizikové faktory do čtyř domén: kulturní a společenské, interpersonální, psychobehaviorální, biogenetické. Swadi (1999) shrnuje široké spektrum rizikových faktorů podílejících se na užívání návykových látek mezi adolescenty do tří hlavních oblastí: predispoziční faktory, faktory životního prostředí (rodina a vrstevníci), životní události.

4.2.1 Společenské a kulturní faktory

Společenské a kulturní faktory, které jsou spojené s vyšším rizikem užívání návykových látek, jsou znázorněny v tabulce 12 pod čísly 1 až 4. Řadíme sem zákony

a normy, dostupnost návykových látek, extrémní ekonomickou deprivaci a dezorganizaci okolí.

4.2.1.1 Zákony a normy

V souvislosti se zákony a normami lze zmínit tři důležité oblasti, mezi něž patří: zdanění; zákony upravující, komu se návykové látky prodávají; zákony upravující, jak se návykové látky prodávají.

Zdanění

Siahpush a kolektiv (2009) ve své studii uvádějí, že **zvýšení cen** tabákových výrobků je účinnou strategií ke snížení prevalence kouření v obecné populaci. Snížení počtu kuřáků je patrné zejména ve skupinách s nižšími příjmy. V našich podmínkách se tomuto tématu věnuje například doktorka Králíková, předsedkyně Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku. Králíková a kolektiv (2009) upozorňují, že právě daňová politika patří k účinným opatřením prevence závislosti na tabáku. Bohužel při srovnání platů a cen jsou cigarety stále výrazně levnější než před lety. Například v roce 2008 u nás byla reálná cena cigaret téměř poloviční ve srovnání se situací v roce 1991. Za průměrný plat bylo možno koupit skoro dvojnásobný počet krabiček nejprodávanějších cigaret (viz Tabulka 13). Autoři dodávají, že pokud by došlo k výraznému zdražení, následovaly by tyto situace:

- někteří jedinci kouřit zcela přestanou („byla to poslední kapka v jejich rozhodování“);
- někteří jedinci kouření výrazně omezí;
- sníží se počet jedinců, kteří s kouřením začnou.

Tabulka 13: Průměrný plat a cena nejprodávanějších cigaret v ČR v jednotlivých letech⁸

Rok	Cena	Průměrný plat	% ceny krabičky z průměrného platu	Počet krabiček, které lze za průměrný plat koupit
1991	18 Kč	3.800,-	0,47 %	211
2008	59 Kč	22.000,-	0,27 %	373

Zdroj: Králíková a kol. (2009, s. 27)

⁸ Statistické údaje jsou uváděny bez dalších proměnných.

Co se týče alkoholických nápojů, Nešpor a Scheansová (2009b) uvádí, že situace v České republice je aktuálně velmi nepříznivá. Alkoholické nápoje totiž bývají v restauracích a hospodách často levnější než nápoje nealkoholické.

Zákony

Pokud mluvíme o zákonech, je potřeba zmínit zejména ty, které upravují, komu se alkoholické či tabákové výrobky prodávají a jak se prodávají. Do této oblasti spadají zejména následující zákony (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011):

- **Zákon č. 40/1995 Sb.**, o regulaci reklamy a o změně a doplnění některých dalších zákonů (Zákon o regulaci reklamy) ve znění pozdějších právních předpisů.
- **Zákon č. 379/2005 Sb.**, o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami ve znění pozdějších právních předpisů.

Vzhledem k situaci, že užívání tabákových výrobků se dotýká stále mladších věkových kategorií, je žádoucí, aby na tento stav reagovala odpovídající právní úprava – a to především ve vazbě na význam a působení reklamy na veřejnost. Základní právní norma zabývající se regulací reklamy, je zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy a o změně a doplnění některých dalších zákonů. Podle **§ 3 (Tabákové výrobky)** je zakázána reklama na tabákové výrobky a také sponzorování, jehož účelem nebo účinkem je reklama na tabákové výrobky.

Vliv reklamy na užívání tabákových výrobků zkoumala celá řada studií. Např. Pierce et al. (1991) zjistili, že vnímání reklamy na tabákové výrobky je vyšší u mladých kuřáků. Reklama tedy vybízí mládež, aby kouřila.

Podle **§ 4 (Alkoholické nápoje)** výše uvedeného zákona je reklama na alkoholické nápoje povolena, avšak musí splňovat tyto podmínky:

1. nesmí nabádat k nestřídmému užívání alkoholických nápojů či záporně hodnotit abstinenci či zdrženlivost;

2. nesmí být zaměřena na osoby mladší 18 let, nesmí osoby mladší 18 let (či osoby takto vypadající) zobrazovat při spotřebě alkoholických nápojů a ani nesmí využívat prvky, prostředky či akce, které osoby mladší 18 let oslovují;
3. nesmí spojovat spotřebu alkoholu se zvýšenými výkony, nesmí být užitá v souvislosti s řízením vozidla;
4. nesmí vytvářet dojem, že konzumace alkoholu přispívá ke společenskému či sexuálnímu úspěchu;
5. nesmí konstatovat, že alkohol má léčebné vlastnosti, povzbuzující a uklidňující účinek a že je prostředkem řešení osobních problémů;
6. nesmí zdůrazňovat obsah alkoholu jako kladnou vlastnost nápoje.

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami ve znění pozdějších právních předpisů upravuje opatření směřující k ochraně před tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami; dále opatření omezující dostupnost tabákových výrobků a alkoholu; působnost správních úřadů a orgánů územních celků při tvorbě a uskutečňování programů ochrany před škodami působenými těmito látkami.

Hlava II tohoto zákona je věnována omezení dostupnosti tabákových výrobků a zákazu kouření, hlava III omezení dostupnosti alkoholických nápojů. Podle uvedeného zákona se mj. zakazuje prodávat tabákové výrobky, tabákové potřeby, elektronické cigarety či alkoholické nápoje osobám mladším 18 let.

4.2.1.2 Dostupnost

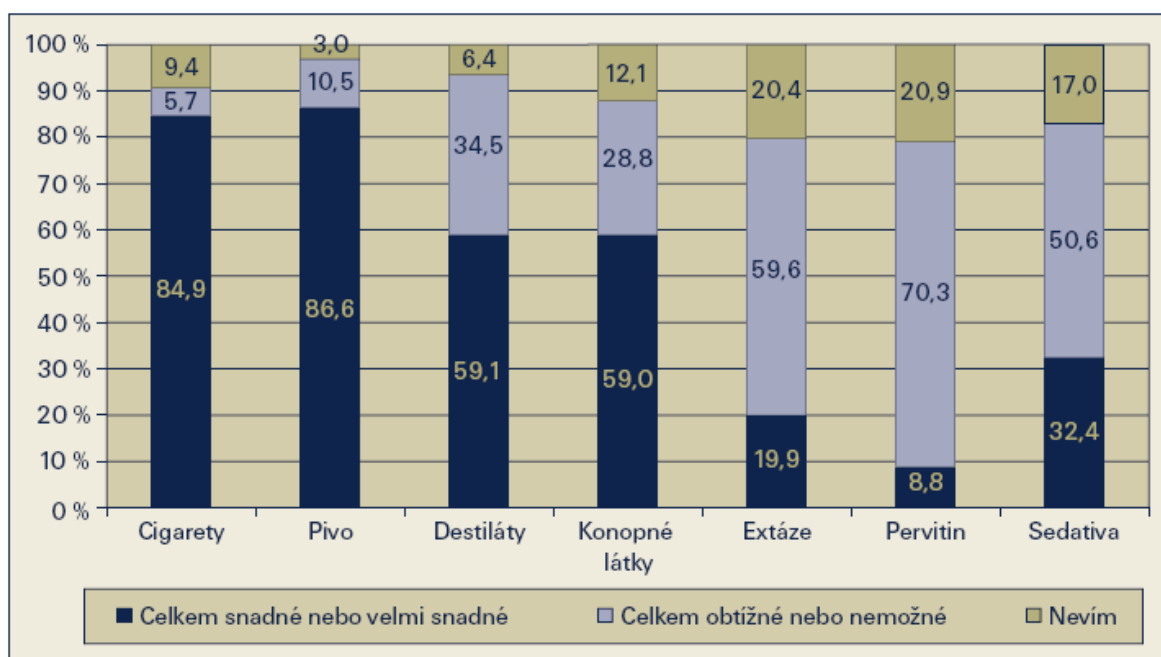
Dostupnost návykových látek je závislá zejména na zákonech a normách dané společnosti. Nicméně může být i samostatným faktorem (Hawkins, Catalano a Miller, 1992). Je potřeba vzít v úvahu finanční dostupnost těchto látek i dostupnost regionální. O některých návykových látkách lze říci, že jsou snadno finančně dostupné. Například těkavé látky (např. toluen) jsou volně prodejné v drogeriích a relativně levné. Jiné návykové látky (např. marihuanu) si lze pěstovat. Taktéž dostupnost některých dalších přírodních návykových látek (lysohlávky, aj.) v určitých regionech je poměrně vysoká díky jednoduchému sběru a sušení.

Popov (2001) uvádí, že dostupnost návykových látek a s ní související pravděpodobnost expozice jedince návykovým látkám je jeden z klíčových momentů, které vytvářejí předpoklad pro vznik návykových nemocí.

Snižování dostupnosti návykových látek je jeden ze čtyř základních pilířů protidrogové politiky České republiky. Patří mezi ně již zmiňovaná represe (tj. snižování dostupnosti), primární prevence, léčba a resocializace, snižování rizik (Harm Reduction). Represe znamená potlačování trestné činnosti orgány k tomu určenými zákonem, například policie a justice. Zaměřuje se na snižování nabídky návykových látek na nezákonném trhu týkající se produkce, výroby, dopravy, obchodu, šíření a jejich držení (Kalina a kol., 2001).

Podle studie ESPAD prováděné v roce 2010 se pohybuje subjektivně vnímaná dostupnost návykových látek na vysoké úrovni (viz Graf 1).

Graf 1: Subjektivně vnímaná dostupnost návykových látek (v procentech)



Zdroj: Mravčík (20012, s. 10)

4.2.1.3 Socioekonomické znevýhodnění

Chudoba, přelidnění, nezaměstnanost, špatné bydlení, zchátralé městské čtvrti patří k charakteristikám socioekonomického znevýhodnění, které je spojeno se zvýšeným rizikem problémového chování (Deiner, 2009).

Vliv nedostatečných příjmů, chudoby a rasismu je považován mnoha experty kriminální policie za klíčovou příčinu kriminality mládeže a zneužívání návykových látek. U dětí chudých, vyrůstajících v domácnostech bez dostatečných ekonomických zdrojů, je mnohem pravděpodobnější, že se zapojí do závažné trestné činnosti než u jejich bohatších vrstevníků (Siegel, Welsh, 2009).

4.2.2 Individuální a interpersonální faktory

S vyšším rizikem zneužívání návykových látek u dospívajících jsou kromě výše zmíněných faktorů spojeny též některé charakteristiky jednotlivců i jejich blízkého prostředí (Hawkins, Catalano, Miller, 1992).

4.2.2.1 Jedinec a jeho osobnost

Mezi činitele zvyšující riziko užívání návykových látek řadí Nešpor, Csémy a Pernicová (1996) například psychickou labilitu, duševní poruchy a poruchy chování, dále setkání s alkoholem, tabákem nebo drogou v mladém věku, poškození mozku při porodu, úrazy hlavy, chronické bolestivé onemocnění, nedostatek dobrých způsobů ke zvládání stresových situací, nedostatek dovedností v mezilidských vztazích, nízké sebevědomí, nízkou schopnost vzdorovat nepříznivému vlivu okolí, sklony k agresivitě a násilí, špatné sebeovládání, nízkou inteligenci, týrání, šikanování a zneužívání dětí, nezáměr o pozitivní rekreační, sociální a kulturní aktivity a mnoho dalších. Kromě výše uvedených se v odborné literatuře setkáváme velmi často s hyperkinetickými poruchami, jakožto rizikovým faktorem.

Hyperkinetická porucha

Problematické syndromu ADHD je věnována řada zahraničních i českých publikací. Většina z nich seznamuje čtenáře s charakteristickými symptomy hyperkinetického syndromu, jeho etiologií, diagnostikou, výskytem, terapií či prognózou (tedy o vyhlídkách daného jedince do budoucna).

Hyperkinetická porucha či ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) se řadí mezi neurovývojové poruchy. Dlouho byla považována výhradně za onemocnění dětského věku. Dnes se uvádí, že u 40 až 50 % klientů však symptomy přechází do dospělého věku.

Pokud není včas diagnostikována a léčena, je dítě vystaveno chronickému dlouhodobému tlaku na výkon a přizpůsobení a objevují se i sekundární somatické obtíže a komorbidity (Cahová, Pejčochová, Ošlejšková, 2010). Jedním z přidružených příznaků poté může být užívání návykových látek.

Pokud hyperkinetická porucha přetrvává do období dospívání a dospělosti, je charakteristická především impulzivními projevy dominujícími v jejím klinickém spektru. Právě impulzivní jednání spolu s nedostatečnou mírou seberegulace a inhibicí nesprávných vzorců chování má podíl na rozvoji rizikového chování a užívání návykových látek (Cahová, Pejčochová, Ošlejšková, 2010).

Longitudinální sledování hyperaktivních dětí ukazuje, že jejich potíže nemizí v období dospívání, jak se lze dočíst v některých starších publikacích. Tyto jedinci mívají větší potíže v adaptaci na společenské prostředí než ostatní. Syndrom hyperaktivity je spojován s impulzivitou, agresivitou, záchvaty vzteku či sníženým sebehodnocením. Ve výzkumech je v každém vzorku delikventně se chovající mládeže několikrát více hyperaktivních jedinců než v kontrolní skupině (Matoušek, Matoušková, 2011).

Děti trpící poruchou pozornosti s hyperaktivitou (zkr. ADHD) a poruchou chování (zkr. CD) se stále častěji považují za rizikovou skupinu z hlediska užívání návykových látek (EMCDDA, 2010b).

Souborně lze říci, že některé studie souvislost hyperaktivity v dětství a užívání návykových látek potvrzují, jiné naopak vylučují. V podstatě se však tato vazba jeví jako možná. Hyperaktivní děti měly obtíže s návykovými látkami častěji. Užívání stimulancií v dětství však nepredisponovalo ke zvýšenému užívání v dospělosti (Paclt, 2007).

4.2.2.2 Rodina

Mezi nejvýznamnější ochranné, ale zároveň rizikové faktory problémového chování patří rodina a její funkčnost. Rodina má v životě jedince nezastupitelné místo. Dle Fischera a Škody (2009) je považována za nejdůležitější sociální skupinu, ve které člověk žije. Dochází zde k uspokojování fyzických, psychických i sociálních potřeb. Rodina poskytuje zázemí, je zdrojem zkušeností a vzorců chování.

Nešpor (2011) uvádí, že na úrovni rodiny si můžeme všimnout celé řady protektivních faktorů, kdy rodina může rozvoji závislosti předcházet nebo výrazně pomoci při jejím překonávání:

- přiměřená péče, dostatek času na dítě, pevné citové vazby;
- jasná pravidla týkající se chování dítěte, přiměřený dohled;
- pozitivní hodnoty (např. vzdělání);
- spolupráce rodičů na výchově. Sdílená zodpovědnost v rodině;
- vřelý a středně omezující styl výchovy (výchova není necitlivě autoritářská, ale také není zcela volná, tj. bez pravidel a omezení);
- odmítání alkoholu, tabáku a jiných drog rodiči u dětí a dospívajících;
- existence přiměřených a jasných očekávání od dítěte, rodiče vůči dítěti projevují respekt;
- osvojení dobrých způsobů zvládání stresu členy rodiny;
- zajištění ochrany, bezpečí a přiměřeného uspokojování potřeb dítěte;
- duševní zdraví rodičů;
- přizpůsobení rodičů ve společnosti a jejich snaha pomáhat druhým. Výchova pomáhá vytvářet kvalitní vztahy s dospělými mimo rodinu;
- pomoc dítěti nacházet dobré zájmy;
- dobré mezigenerační vztahy a kvalitní spolupráce mezi generacemi (nejčastěji s prarodiči dítěte);
- odmítání návykových látek manželem (manželkou) nebo partnerem (partnerkou); duševní zdraví.

Zároveň však nalézáme i faktory rizikové, kdy se rodina může přímo či nepřímo podílet na vzniku a rozvoji závislosti některého jejího člena. Dle Nešpora (2011) si na úrovni rodiny můžeme všimnout následujících rizikových faktorů:

- výskyt neléčené a nezvládané návykové choroby u rodičů, který zvyšuje riziko jakékoliv návykové choroby u dětí;
- neexistující jasná pravidla, která by se týkala chování dítěte;
- nedostatek času na dítě zvláště v časném dětství, nízká úroveň péče, nedostatečný dohled, nedostatečné citové vazby v rodině;

- přehnaná přísnost, neúměrné fyzické násilí vůči dítěti, týrání dítěte, sexuální zneužívání dítěte;
- schvalování pití alkoholu a užívání drog;
- malá očekávání od dítěte a podceňování ho;
- špatné duševní a společenské fungování rodičů. Osamělost rodičů, lhostejnost vůči širšímu okolí či dokonce nepřátelskost;
- vážná duševní choroba rodičů;
- velmi těžké hmotné podmínky rodiny;
- špatné fungování rodiny. Výchova pouze jedním rodičem, který ji časově nebo jinak nezvládá a nemá možnost využít pomoci ostatních příbuzných;
- časté stěhování rodiny;
- život dítěte bez rodiny a bez domova;
- závislost na návykové látce, škodlivé či rizikové užívání návykové látky u partnerky;
- vážená duševní nemoc u manžela nebo manželky;
- manžel (manželka) nebo jiný blízký člověk funguje jako „umožňovač“ (tj. někdo, kdo usnadňuje návykové jednání a chrání závislého před následky, čímž se oslabuje motivace k pozitivní změně).

Obecně lze proměnné na úrovni rodiny, kterými lze předvídat užívání návykových látek, rozdělit do tří základních kategorií (Donovan, 2004):

- složení rodiny;
- rodičovské či sourozenecké modelování a schvalování návykových látek;
- výchova a vztah rodič-dítě.

Složení rodiny

Mnoho studií prokázalo, že děti z „rozvrácených“ či „nestandardních“ rodin (tedy rodin, kde dítě nebylo vychováváno oběma vlastními rodiči) jsou nositeli zvýšeného rizika

abúzu návykových látek i jiných souvisejících problémů (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

Složení rodiny jako rizikový faktor byl sledován například v rámci longitudinální studie s 12-14letými adolescenty. Bylo zjištěno, že větší riziko užívání alkoholu je u dospívajících žijících s nevlastním rodičem než u dospívajících, kteří žijí v intaktní rodině (Barrett, Turner, 2006).

Hemovich a Crano (2009) uvádějí výsledky výzkumu užívání návykových látek u dětí z neúplných rodin. U mládeže žijící v domácnosti s jedním rodičem bylo pravděpodobnější, že budou užívat návykové látky, než u mládeže žijící s oběma rodiči. Jiný výzkum dále diferencoval pohlaví rodičů. Bylo zjištěno, že u adolescentních dívek žijících pouze s otcem je pravděpodobnější užívání návykových látek než u dívek žijících s matkou. U chlapců nebylo pohlaví rodičů spojené s užíváním návykových látek. (Hemovich, Lac, Crano, 2011).

Rodičovské či sourozenecké modelování a schvalování pití

Modelování je „proces, při němž si jedinec osvojuje nové chování pozorováním a napodobováním ostatních“ (Nolen-Hoeksema a kol., 2012, s. 680). Dítě se tedy učí tím, že pozoruje a následně opakuje to, co dělá jeho model (rodiče, sourozenci).

Domov a rodina jsou pro děti primárním zdrojem toho, co budou děti považovat za normální či akceptovatelné užívání návykových látek. Není tedy překvapující, že děti běžně následují příklad svých rodičů. Zjednodušeně lze říci, že například střídavě pijící rodiče mají obvykle umírněně pijící děti, silní pijáci mají silně pijící děti. Neplatí to však bezvýhradně. Některé děti silných pijáků odmítají příklad rodičů a pijí jen málo či nepijí vůbec. Důvodem mohou být problémy související s alkoholem, které vidí u svých rodičů (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

Neznamená to, že rodiče musí vždy a za všech okolností abstinovat od veškerých návykových látek. Neměli by se však před dětmi opíjet či se pod vlivem alkoholu či jiných látek chovat násilně nebo jinak rizikově (např. řídit motorové vozidlo) (Nešpor, 2012). Měli by však vždy trvat na zákazu užívání návykových látek u svých dětí, tedy například i při zvláštních příležitostech (při oslavě narozenin, na Silvestra atd.).

Způsob výchovy v rodině

Každé dítě potřebuje dospělé, kteří mu projeví lásku a ukážou mu hranice. Právě láska, projevy porozumění a bezpodmínečného přijetí dítěte či stanovené hranice jsou pro vývoj dítěte zásadní (Gillernová, 2005).

Způsob výchovy v rodině je součástí životního stylu každé rodiny. Je jeho relativně stabilní charakteristikou a souvisí s řadou spolupůsobících momentů. Zejména lze připomenout sociokulturní podmínky a výchovné tradice, dále zkušenosti, které si pro výchovu dětí každý otec a matka přináší ze své původní rodiny, vlastnosti rodičů, jejich vzájemný vztah a osobní problémy a v neposlední řadě jsou to vlastnosti, zkušenosti a projevy vychovávaných dětí samotných. Obecně lze shrnout, že způsob či styl výchovy představuje klíčové momenty vzájemné interakce a komunikace dospělých s dětmi (Gillernová, 2005). V odborné literatuře jsou rozeznávány následující výchovné styly rodičů (Nešpor, 2012):

1. **Autoritářští rodiče.** Vyznačují se malou vřelostí a citlivostí. Charakteristická je i malá tendence dítě ocenit a pochválit, přestože se chová nebo učí dobře. Tento výchovný styl není nejvýhodnější právě s ohledem na malou citlivost rodičů (Nešpor, 2012). Rodiče kladou na dítě velké nároky, kontrolují ho, nerespektují potřeby a přání dítěte, mají tendenci využívat „silové“ výchovné prostředky (Gillernová, 2011).
2. **Permisivní rodiče.** Typický je malý dohled nad dítětem a nevyžadování rozumné disciplíny. Rodiče jsou sice vřelí a citliví, to však samo o sobě nestačí (Nešpor, 2012).
3. **Zanedbávající rodiče.** Styl je charakteristický lhostejností rodičů k dítěti, přičemž rodiče na něj nekladou žádné nároky, neprojevují o něj zájem (Gillernová, 2011), dostatečně se o něj nestarají, nevyžadují disciplínu a nejsou citliví. Jedná se o jasně nejrizikovější výchovný styl (Nešpor, 2012).
4. **Autoritativní rodiče.** Typické je opětovné vyžadování disciplíny, rodiče jsou nároční a svoje děti kontrolují. Zároveň jsou však laskaví, akceptují přání i potřeby dítěte, podporují diskusi, trvají na dodržování společně vytvořených pravidel. Rodiče například kladou nároky na dobré školní výsledky, zároveň však dítěti pomáhají a podporují ho (Gillernová, 2011).

Rodičovské styly mohou být klasifikovány podle vřelosti (vysoká vs. nízká) a množství kontroly (vysoké vs. nízké) (viz Tabulka 14).

Tabulka 14: Rodičovské styly

		Vřelost	
		vysoká	nízká
Kontrola	vysoká	Autoritativní	Autoritářská
	nízká	Permisivní	Zanedbávající

Zdroj: Bjorklund, Blasi (2012, s. 528)

4.2.2.3 Škola

Riziko užívání návykových látek zvyšuje škola bez systematického poskytování prevence, škola poskytující pouze nahodilé akce (např. jednorázovou přednášku), škola nespolupracující a nekomunikující s rodiči či s prospěšnými organizacemi a institucemi v jejím okolí, škola s nepřiměřenými pravidly či s úplnou absencí pravidel týkajících se návykových látek, škola tolerující návykové látky ve svém prostředí, škola se snadnou dostupností návykových látek a jiné. Dalším rizikem jsou učitelé, kteří jsou vnímáni jako nepřátelští či lhostejní, se žáky nespolupracují, zdůrazňují pouze jejich nedostatky (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1996).

V odborné literatuře se můžeme setkat i s dalšími teoriemi, které shrnují rizikové faktory do níže uvedených oblastí (National Commission on Drug Free Schools, 1990):

- akademické nedostatky;
- malé odhodlání studovat;
- nedodržování pravidel školy;
- důležité mezníky týkající se přechodu ze základní školy na školu střední a ze střední školy na školu vysokou.

4.2.2.4 Vrstevníci

Jedinec si během dospívání vytváří v průběhu střetů s rodiči a jinými dospělými svoji osobní identitu. Hlavním prostředkem hledání vlastního já by měla být vrstevnická skupina

zastiňující svým významem všechny ostatní skupiny, včetně rodiny (Matoušek, Matoušková, 2011).

Vrstevnícká skupina je důležitější pro rizikovou mládež z dysfunkčních rodin více, než pro mladé lidi s dobrým rodinným zázemím. Poskytuje jim totiž přiměřenou míru podpory a vedle toho jim vytyčuje meze dovoleného chování. Typický pro danou skupinu je nejen způsob vyjadřování, úprava zevnějšku, druh poslouchané hudby, způsob chování k opačnému pohlaví, postoj ke škole či k práci, k rodičům, penězům, sexualitě, ale i ke kouření, pití alkoholických nápojů a užívání jiných návykových látek (Matoušek, Matoušková, 2011).

I na úrovni vrstevníků lze pozorovat činitele zvyšující riziko užívání návykových látek. Nešpor, Csémy a Pernicová (1996) k nim řadí následující:

- problémy s autoritami, bouření se proti nim;
- protispolečenské chování vrstevníků;
- odcizení, cyničtí vrstevníci;
- pozitivní postoje vrstevníků k návykovým látkám;
- brzký začátek užívání návykových látek vrstevníky;
- větší vliv kamarádů než rodičů;
- sklon dítě zesměšňovat a snižovat jeho sebevědomí;
- šikana ze strany vrstevníků.

V odborné literatuře se můžeme setkat s vrstevníckými skupinami, pro které je typické holdování alkoholu, drogám a sexuální promiskuitě. Prostředky získávají půjčkami, žebráním, krádežemi či samotným prodejem drog. Hovoří se o tzv. *drogové subkultuře* (Matoušek, Matoušková, 2011).

4.3 Ochranné faktory

Ačkoli se mnoho výzkumů zaměřuje na identifikaci a posouzení závažnosti jednotlivých rizikových faktorů podílejících se na užívání návykových látek, mnohem méně výzkumů se věnuje faktorům obranným, které mohou jedince chránit (Mrazek, Haggerty, 1994). Vzhledem k tomu, že ochranné faktory jsou do určité míry protiváhou

faktorů rizikových, nebudeme jim již věnovat tak rozsáhlý prostor. Lze shrnout, že zdroje ochranných faktorů můžeme pozorovat rovněž na více úrovních (EMCDDA, 2010):

- na úrovni jednotlivce (individuální zvládnutí situace);
- na úrovni rodiny (přístupy rodičů);
- na úrovni společnosti.

K činitelům, které snižují riziko užívání alkoholu a jiných návykových látek u jednotlivce patří (Nešpor, Csémy, 1997):

- vysoká míra duševního zdraví, dobré tělesné zdraví;
- pozdní nebo žádné setkání s drogou;
- dostatek dovedností týkajících se mezilidských vztahů, schopnost vytvářet citové vazby, dobré sebevědomí;
- dobré způsoby, jak zvládat obtížné situace a řešit problémy;
- alkohol a drogy jsou špatně snášeny;
- dobrá schopnost vzdorovat nepříznivému vlivu okolí;
- vnitřní přijetí hodnot, které jsou v rozporu s alkoholem a drogami;
- veselost, vytrvalost, pilnost, přizpůsobivost, odolnost vůči neúspěchu;
- schopnost plánovat a řešit problémy;
- vyšší inteligence;
- účinné způsoby, jak mírnit nepříjemné duševní stavy jako úzkost, smutek nebo hněv (např. tak, že se dítě svěří, pěstuje zájmy, odreaguje se, umí relaxovat, cvičí jógu, sportuje, aj.);
- umí si navodit příjemné stavy zdravými způsoby.

Z mnohých činitelů, které snižují riziko užívání alkoholu a jiných návykových látek na úrovni rodiny lze zařadit například následující (Nešpor, Csémy, 1997):

- jasná pravidla týkající se chování dítěte;
- přiměřená péče, dostatek času na dítě, zejména v časném dětství;
- přiměřený dohled.

Mezi činiteli na úrovni komunity lze zmínit (EMCDDA, 2010):

- vhodné sociální prostředí dítěte;
- vysokou komunitní soudržnost;
- dobrou interpersonální komunikaci a mnohé další.

5 Náhradní výchova v resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy

V České republice spadají zařízení, ve kterých je prováděn výkon ústavní výchovy do tří různých rezortů:

- Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy;
- Ministerstva zdravotnictví;
- Ministerstva sociální práce.

Všechny mají odlišnou právní úpravu, různý systém financování, odlišné metodické pokyny, různé požadavky na zaměstnance i jejich kvalifikaci. V této kapitole se zaměříme na náhradní výchovu v resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

5.1 Základní terminologie

Ústavní výchova

Ústavní výchova je institut rodinného práva, který je definován v § 46 zákona č. 94/1963 Sb., o rodině. Soudem může být ústavní výchova nařízena tehdy, když je vážně ohrožena nebo narušena výchova dítěte nebo pokud rodiče nemohou výchovu dítěte zabezpečit. Z důležitých důvodů ji může prodloužit až na jeden rok po dosažení zletilosti, tj. do 19 let (Dvořák, 2007).

Před samotným nařízením ústavní výchovy je soud povinen prozkoumat, zda nelze výchovu zajistit náhradní rodinnou péčí nebo rodinnou péčí v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (§ 42 zákona č. 359/1999 Sb.). Obě tyto formy mají před nařízením ústavní výchovy vždy přednost (Dvořák, 2007).

Ochranná výchova

Ochranná výchova je institutem trestního práva, jehož úpravu lze nalézt v § 84 až v § 86. Ochrannou výchovu lze uložit pouze podle zákona č. 218/2003 Sb., O odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže).

Podle § 22 zákona č. 218/2003 Sb. může soud pro mládež uložit mladistvému (tj. osobě, která dovršila 15. rok a nepřekročila 18. rok svého věku) ochrannou výchovu v těchto případech:

- o výchovu mladistvého není náležitě postaráno a dostatek řádné výchovy nelze odstranit v jeho vlastní rodině nebo v rodině, v níž žije;
- dosavadní výchova mladistvého byla zanedbána;
- prostředí, v němž mladistvý žije, neposkytuje záruku jeho náležité výchovy, a nepostačuje uložení výchovných opatření.

Ochranná výchova trvá, dokud to vyžaduje její účel, nejdéle však do dovršení 18. roku věku mladistvého. Vyžaduje-li to zájem mladistvého, může soud pro mládež ochrannou výchovu prodloužit do dovršení jeho devatenáctého roku. V případě, že nelze ochrannou výchovu ihned vykonat, nařídí soud pro mládež do doby jejího zahájení dohled probačního úředníka. Soud od výkonu ochranné výchovy upustí, pominou-li před jejím započatím důvody, pro které byla uložena.

5.2 Zařízení pro výkon ústavní výchovy

Účelem zařízení je poskytovat náhradní výchovnou péči dětem ve věku od 3 do 18 let (případně zletilým osobám do 19 let) a to na základě rozhodnutí soudu o ústavní výchově, ochranné výchově či o předběžném opatření. V případě, že se zletilá osoba připravuje soustavně na svoje budoucí povolání, může ji zařízení poskytovat náhradní výchovnou péči až do 26 let věku. Zařízeními pro výkon ústavní výchovy jsou:

1. diagnostický ústav;
2. dětský domov;
3. dětský domov se školou;
4. výchovný ústav;

Podle § 7 zákona č. 561/2004 Sb. (školský zákon) jsou školská zařízení zajišťující ústavní a ochranou výchovu anebo preventivně výchovnou péči součástí vzdělávací soustavy. Vzdělávání ve školských zařízeních zajišťují dle § 7 zákona č. 563/2004 Sb. (zákon o pedagogických pracovnících) pedagogičtí pracovníci (Dvořák, 2007).

5.2.1 Diagnostický ústav

Diagnostický ústav je zařízení, které přijímá děti s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou nebo s nařízeným předběžným opatřením. Na základě výsledků komplexního vyšetření, zdravotního stavu dětí a volné kapacity jednotlivých zařízení je umisťuje do dětských domovů, dětských domovů se školou nebo výchovných ústavů. Diagnostický ústav plní podle potřeb dítěte následující úkoly:

1. *diagnostické*, které spočívají ve vyšetření úrovně dítěte formou pedagogických a psychologických činností;
2. *vzdělávací*, v jejichž rámci se zjišťuje úroveň dosažených znalostí a dovedností, dále se stanovují a realizují speciální vzdělávací potřeby v zájmu rozvoje osobnosti dítěte přiměřeně jeho věku i individuálním předpokladům a možnostem;
3. *terapeutické*, které směřují k nápravě poruch v sociálních vztazích a v chování dítěte prostřednictvím pedagogických a psychologických činností;
4. *výchovné a sociální*, jež se vztahují k osobnosti dítěte, k jeho rodinné situaci a nezbytné sociálně-právní ochraně dětí; podle potřeby zprostředkovává zdravotní vyšetření dítěte;
5. *organizační*, které souvisejí s umisťováním dětí do zařízení v územním obvodu diagnostického ústavu vymezeném ministerstvem, popřípadě i mimo územní obvod; spolupracuje s orgánem sociálně-právní ochrany dětí při přípravě jeho návrhu na nařízení předběžného opatření, které bude vykonáváno v diagnostickém ústavu nebo na návrh diagnostického ústavu v jiném zařízení;
6. *koordinační*, směřující k prohloubení a sjednocení odborných postupů ostatních zařízení v rámci územního obvodu diagnostického ústavu, k ověřování jejich účelnosti a ke sjednocení součinnosti s orgány státní správy a dalšími osobami, zabývajícími se péčí o děti.

K 1. 8. 2012 bylo v rejstříku škol a školských zařízení celkem 14 právnických osob, které vykonávají činnost diagnostického ústavu.

5.2.2 Dětský domov

Podle § 12 zákona 109/2002 Sb., je dětský domov zařízení, které pečuje o děti zpravidla od 3 do 18 let věku podle jejich individuálních potřeb. Plní úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. Jeho účelem je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou bez závažných poruch chování. Děti se poté vzdělávají ve školách, které nejsou součástí dětského domova. Do dětského domova se rovněž umísťují nezletilé matky spolu s jejich dětmi.

V rejstříku škol a školských zařízení se nalézalo k 1. 8. 2012 celkem 124 právnických osob, které vykonávají činnost dětského domova.

5.2.3 Dětský domov se školou

Podle § 13 zákona č. 109/2002 Sb., je úkolem dětského domova se školou:

- zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, pokud mají závažné poruchy chování nebo pokud vyžadují kvůli své přechodné či trvalé psychické poruše výchovně léčebnou péči;
- zajišťovat péči o děti s uloženou ochrannou výchovou, pokud jsou nezletilými matkami a splňují výše uvedené podmínky, a o jejich děti.

Mohou sem být umísťovány děti zpravidla ve věku od 6 let věku do ukončení povinné školní docházky. Pokud v průběhu povinné školní docházky zanikly důvody pro zařazení dítěte do školy zřízené při dětském domově, je dítě na základě žádosti ředitele dětského domova se školou zařazeno do školy, která není součástí dětského domova se školou. Nemůže-li se dítě po ukončení povinné školní docházky kvůli přetrvávání závažné poruchy chování vzdělávat na střední škole mimo zařízení nebo neuzavře-li pracovněprávní vztah, je přearazeno do výchovného ústavu.

K 1. 8. 2012 bylo v rejstříku škol a školských zařízení celkem 31 právnických osob, které vykonávají činnost dětského domova se školou.

5.2.4 Výchovný ústav

Podle § 14 zákona č. 109/2002 Sb., je úkolem výchovného ústavu pečovat o děti starší 15 let se závažnými poruchami chování, u kterých byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova. Plní zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální.

Výchovné ústavy jsou zřizovány odděleně pro děti s nařízenou ústavní výchovou a uložnou ochrannou výchovou, popřípadě jako výchovný ústav nebo výchovná skupina pro děti, které jsou nezletilými matkami, a jejich děti, nebo pro děti, které vyžadují výchovně léčebnou péči.

Do výchovného ústavu lze umístit i dítě, které je mladší 15 let, pokud má uložnou ochrannou výchovu a v jeho chování se projevují tak závažné poruchy, že jej nelze umístit v dětském domově se školou. Výjimečně, v případech zvláště závažných poruch chování, může být do výchovného ústavu umístěno i dítě s nařízenou ústavní výchovou starší 12 let.

K 1. 8. 2012 se nacházelo v rejstříku škol a školských zařízení celkem 32 právnických osob, které vykonávají činnost dětského domova se školou.

5.3 Specializovaná oddělení v pobytových zařízeních speciálního školství

Do rezortu školství spadá systém náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči. Vzájemně tak mezi sebou spolupracují (Mravčík a kol., 2012):

- *4 typy institucionálních zařízení:* diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy;
- *1 typ zařízení preventivní péče:* střediska výchovné péče.

Celkem je v České republice 244 zařízení (viz Tabulka 15). Počet dětí v těchto zařízeních se každý rok zvyšuje. V roce 2010 bylo v zařízení ústavní nebo ochranné výchovy umístěno 7397 dětí, ve střediscích výchovné péče 8064 klientů (Mravčík a kol., 2012).

Tabulka 15: Školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči v ČR v letech 2009 až 2011

Typy zařízení	Počet zařízení		
	2009	2010	2011
Dětský domov	155	150	149
Dětský domov se školou	29	31	31
Výchovný ústav	34	33	33
Dětský diagnostický ústav	14	14	14
Středisko výchovné péče	17	17	17
Celkem ČR	249	245	244

Zdroj: upraveno podle Mravčík a kol. (2012, s. 77)

Součástí 5 zařízení jsou oddělení, která se specializují na léčbu dětí ohrožených drogovou závislostí. Jejich celková kapacita v roce 2011 byla 68 míst, přičemž pobyt v nich absolvovalo 155 dětí (viz Tabulka 16) (Mravčík a kol., 2012).

Tabulka 16: Kapacita a počet dětí s problémy s užíváním drog ve specializovaných odděleních školských zařízení v letech 2009 až 2011

Zařízení	Kapacita			Počet dětí		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Výchovný ústav Dvůr Králové	24	24	24	31	32	38
Výchovný ústav Klíčov	8	8	8	14	19	20
Výchovný ústav Žulová	8	8	8	15	12	13
Výchovný ústav Hostouň	16	16	16	25	27	33
Diagnostický ústav Dobřichovice, pracoviště Cesta Řevnice	18	12	12	67	47	51
Celkem	74	68	68	152	137	155

Zdroj: Mravčík a kol. (2012, s. 77)

5.3.1 Zákonné možnosti zařízení při práci s dětmi ohroženými drogovou závislostí

V této části se zaměříme na oblast legislativy a zákonných možností zařízení při práci s dětmi ohroženými drogovou závislostí.

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů⁹

Každé dítě s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou má v zařízení určitá práva. Souběžně s nimi však existují i povinnosti, které musí plnit. Oboje nalezneme v zákoně č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních.

Podle **§ 20 (Práva a povinnosti dětí umístěných v zařízení)** má dítě s nařízenou ústavní výchovou a uloženou ochrannou výchovou povinnost na výzvu ředitele zařízení podrobit se vyšetření, jestli není ovlivněno alkoholem či jinou návykovou látkou. V případě, že je nutné odebrat krev, je dítě povinno toto vyšetření podstoupit, pokud to není spojené s nebezpečím pro jeho zdraví.

Určitá práva a povinnosti se však nevztahují pouze na děti, ale i na vedoucí pracovníky. Podle **§ 23 (Práva ředitele zařízení)** je ředitel oprávněn v zájmu úspěšné výchovy dětí nařídit vyšetření, jestli nejsou ovlivněny alkoholem nebo jinou návykovou látkou.

Vyhláška č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních

Podle **§ 10 (Děti se závažnými poruchami chování)** do dětského domova se školou a výchovného ústavu nebo oddělení specializovaného na výchovně léčebnou péči pro děti se závažnými poruchami chování mohou být umisťováni mimo jiné děti, které experimentují s návykovými látkami či jsou na nich závislí.

Výchovně léčebná péče se zajišťuje speciálně pedagogickými a psychologickými metodami, zpravidla za spolupráce zdravotnického zařízení způsobilého poskytovat požadovanou zdravotní péči.

Do dětských domovů se školou a výchovných ústavů nebo oddělení se umisťují děti pouze na nezbytně nutnou dobu. Nejpozději v 8. týdnu po umístění dítěte do zařízení probíhá přehodnocování aktuálnosti jeho pobytu, přičemž získané závěry jsou součástí

⁹ Ve znění zákona č. 333/2012, Sb., s účinností od 1. listopadu 2012

osobní dokumentace každého dítěte. Po ukončení pobytu je přemístěno zpravidla zpátky do dětského domova se školou nebo výchovného ústavu.

Podle § 11 (**Děti s extrémními poruchami chování**) mohou být diagnostickým ústavem umístěny do výchovného ústavu nebo oddělení specializovaného na výchovně léčebnou péči pro děti s extrémními poruchami chování mimo jiné děti s drogovou závislostí.

Do výchovných ústavů se děti s extrémními poruchami chování umísťují na nezbytně nutnou dobu, nejpozději však v osmém týdnu po umístění dítěte proběhne přehodnocení aktuálnosti pobytu v daném zařízení. Závěry tvoří nedílnou součást osobní dokumentace dítěte. Po ukončení pobytu je dítě přemístěno zpravidla zpátky do dětského domova se školou nebo do výchovného ústavu. Oddělení pro děti s extrémními poruchami chování je součástí Dětského domova se školou v Boleticích.

6 Prevence užívání návykových látek a léčba závislosti

V odborné literatuře zabývající se problematikou životního stylu se uvádí, že z 80 % rozhoduje o svém životním stylu, tedy i o svém zdraví, sám člověk. Pouze ve zbytku, tedy ve 20 %, rozhodují o lidském zdraví jiné vlivy, např. dědičnost, zdravotnická péče, životní prostředí, aj. (Velemínský a kol., 2011). Životní styl je tedy založen na souhře voleb a možností, kde výběr tvoří nejdůležitější proměnnou. Rozhodnutí o užívání návykových látek poté záleží především na jedinci, ačkoliv další faktory hrají obrovskou roli. Zdraví se tak stává něčím, co vytváří sám jedinec (Krch, Drábková, 1999).

V případě dětí z ústavních zařízení je potřeba poukázat na fakt, že „někteří lidé mají větší možnosti a zdroje k naplnění svých rozhodnutí a výběru, pokud jde o realizaci svých zájmů, přání i uspokojení. Možnost tak omezuje výběr životního stylu. Samotný výběr je však determinován i minulou zkušeností a úrovní realizace individua v určitých sociálních a ekonomických podmínkách.“ (Krch, Drábková, 1999, s. 1).

Dle Pavlase (2001) se ve vyspělých zemích v současné době stává znakem moderní společnosti člověk úspěšný, který žije aktivním a zdravým životním stylem. Zdravý životní způsob nám může přinést:

1. *Svobodu a nezávislost.* Užíváním návykových látek ztrácíme svobodu vlastního rozhodování.
2. *Více finančních prostředků.* Návyková látka vyžaduje stále rostoucí finanční náklady. Navíc je omezována schopnost pracovní aktivity a vytváření finančních zdrojů.
3. *Lepší kondici a sílu.* Návyková látka vyčerpává organismus.
4. *Lepší postřeh a paměť.*
5. *Méně úrazů a hezčí vzhled.* Pokožka užíváním návykových látek trpí, jedinec má sníženou kondici a jsou patrné častější úrazy.
6. *Kvalitní vztahy.* Návykové látky devastují ty nejpotřebnější a nejcennější vztahy.
7. *Lepší pracovní výkon.* Návykové látky snižují kvalitu výkonu.

8. *Lepší šance pro další generace. Ženy – uživatelky návykových látek mohou poškodit užíváním návykových látek své potomky.*

Styl života je pro zdraví jedince zcela zásadní. Přísloví „Co se v mládí naučíš, ve stáří jako když najdeš“ přesně vystihuje postoj Světové zdravotnické organizace, že vypěstovaný životní styl v dospělosti je výsledkem vývoje během dětství a dospívání. Z toho důvodu je třeba v oblasti prevence zaměřit největší pozornost právě na děti a dospívající (Šteflová, 2011).

6.1 Prevence a její klasifikace

V současné době je užívání návykových látek reálným problémem. Závislost na nich je dnes možné řešit a odbornými postupy snižovat rizika jejich uživatelů. Stále však obecně platí, že vždy je lépe problémům předcházet, než je následně řešit. Obecně vžitým termínem pro předcházení něčemu je prevence. Termín prevence (z lat. *praevenire* – předcházet) „*znamená soubor opatření, která mají předcházet nějakému nežádoucímu jevu (nemocím, drogovým závislostem, zločinům, nehodám, konfliktům, aj.)*“ (Velemínský a kol., 2011, s. 21).

Dle Kaliny a kol. (2001) je v širším slova smyslu definována jako intervence určená k zamezení či snížení výskytu, šíření a škodlivých účinků návykových látek. Světová zdravotnická organizace (angl. zkr. WHO) rozlišuje:

- **Primární prevenci** – předcházení užití návykové látky u osob, kteří s ní doposud nejsou v kontaktu; obvykle je ztotožňována s prevencí bez dalšího přívlastku.
- **Sekundární prevenci** – předcházení vzniku a rozvoje závislosti u osob, které již návykovou látku užívají; obvykle je používána jako synonymum pro poradenství a léčbu.
- **Terciární prevenci** – předcházení vážnému nebo trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání návykové látky; jedná se o resocializaci, sociální rehabilitaci a Harm Reduction.

Jako východisko k primární, sekundární i terciární prevenci může sloužit i bio-psycho-socio-spirituální model závislosti (viz Tabulka 17).

Tabulka 17: Prevence a bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

	Biologická složka	Psychologická složka	Sociální složka	Spirituální složka
Primární prevence	Správná výživa, vztah ke sportu a pohybu, starost o fyzické zdraví, prevence nemocí a úrazů aj.	Zamezení nudy, rozvoj samostatnosti, podpora zdravého sebehodnocení, podpora asertivity aj.	Podpora sociální integrity, rozvoj prosociálního chování, soucítění s druhými, rodinné hodnoty aj.	Budování smyslu života, budování duchovních hodnot a autority aj.
Sekundární prevence	Léčba medicínsky ovlivnitelných nemocí, stabilizace organismu aj.	Náhled na vznik a udržování závislosti a jejich následnou změnu aj.	Podpora sociální reintegrace (hledání zaměstnání, bydlení, splácení dluhů) aj.	(Znovu)nalezení smyslu života, pokory a respektu aj.
Terciární prevence	Stabilizace organismu (abscesy, infekční onemocnění) aj.	Poradenská pomoc, motivační trénink aj.	Právní poradenství aj.	Podpora hledání smyslu života, možnost paliativní pomoci – tj. smíření se se smrtí (AIDS) aj.

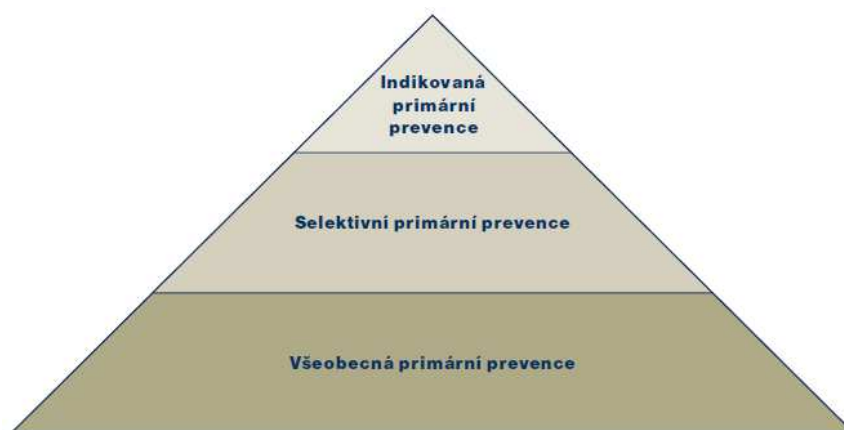
Pod pojmem „prevence“ máme nejčastěji na mysli „prevenci primární“, která může být dále rozlišována na specifickou a nespecifickou.

Ústav pro lékařství (Institute of Medicine) přišel s návrhem rámcové klasifikace prevence, která se dělí na 3 kategorie: všeobecnou, selektivní a indikovanou (Mrazek, Haggerty, 1994).

- **Všeobecná prevence** se zaměřuje na celou populaci (např. na veškeré obyvatele, na místní školu, atd.). Jejím cílem je působit na mladé lidi tak, aby nezačali užívat nelegální návykové látky. Příkladem všeobecné prevence je školní protidrogová prevence jako součást učebních osnov.
- **Selektivní prevence** se zaměřuje na určité skupiny populace, u nichž hrozí velké riziko rozvoje užívání drog. Příkladem selektivní prevence je mimoškolní program pro děti, které mají problémy s chováním.
- **Indikovaná prevence** se zaměřuje na jedince, u nichž se předpokládá riziko rozvoje užívání drog. Příkladem je intervence určená ke snížení konzumace konopných drog u neproblémových uživatelů.

Na obrázku 8 je znázorněn model, jak na sebe jednotlivé úrovně prevence navazují. Všeobecná primární prevence tvoří základnu. Je znázorněna jako nejširší část, což znamená, že zahrnuje největší počty osob bez rozlišení rizikovosti. Další dvě úrovně jsou již specificky zaměřené na vybrané skupiny populace (Černý, Lejčková, 2007).

Obrázek 8: Schéma úrovní primární prevence



Zdroj: Černý a Lejčková (2007, s. 3)

Preventivní přístupy mohou být klasifikované v několika dimenzích (Paglia, Room, 1999):

- podle cíle daného programu (např. předcházení užívání, prevence škod, předcházení stigmatizaci),
- podle strategie (např. zastrašování, vzdělávání / přesvědčování, regulace),
- podle institucionálního základu (např. školy, soudy, obec, rodina, média),
- podle cílové populace (např. mládež obecně, vysoce riziková mládež, dlouhodobí uživatelé).

V každé fázi ontogenetického vývoje mohou být rizikové faktory ovlivněny prostřednictvím preventivních zásahů. Rizika v raném dětství (např. agresivní chování) mohou být ovlivněny rodinou či školou. Pokud tomu tak není a nepracuje se s možným rizikem, může dojít k sociálním problémům, které vystavují děti dalším rizikům pro pozdější drogovou závislost.

Ochrana adolescentních jedinců před návykovými látkami musí být kvalitní a důmyslná, aby mohla čelit důsledné marketingové strategii zákonného i nezákonného trhu. Měla by se vyhnout následujícím chybám (Pavlas, 2001):

- Neměla by odstrašovat formou jednostranného zdůrazňování negativních a varovných informací.

- Neměla by odsuzovat a mentorovat ohrožené a postižené osoby zdůrazňováním jejich slabostí a poruch.

6.2 Prevence rizikového chování v podmínkách ústavní výchovy

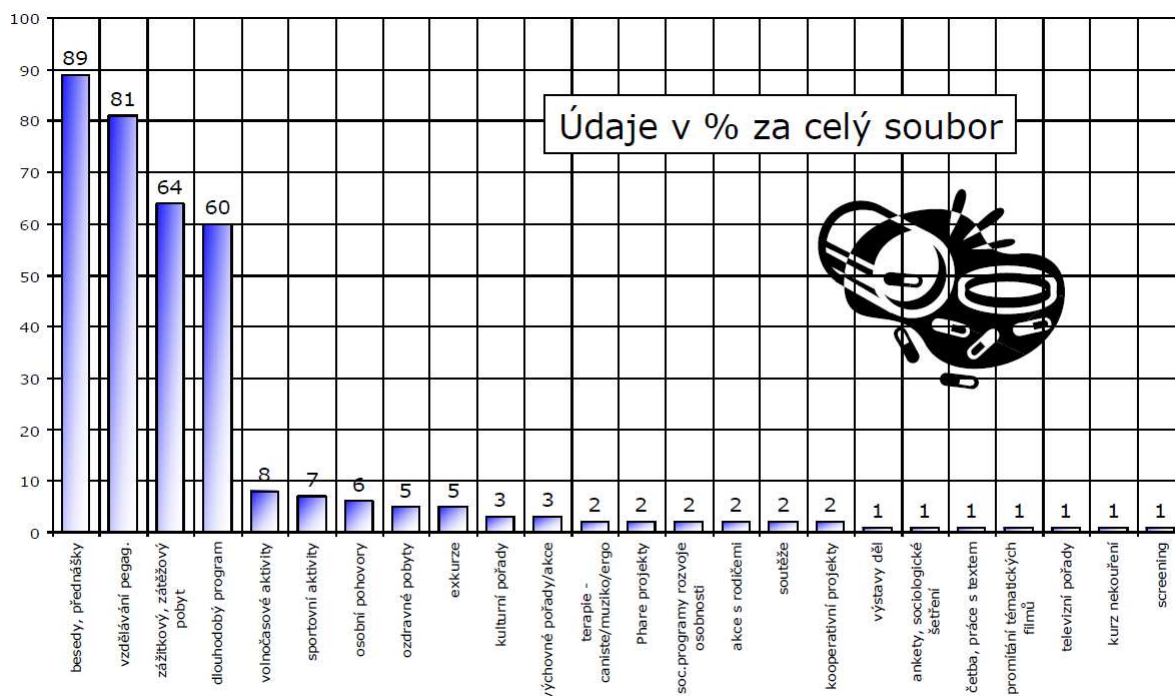
Prevence rizikových projevů chování je realizována v ústavních zařízeních průběžně. Využívána je celá škála metod a opatření, a to od nespecifické primární prevence, přes specifickou (všeobecnou, indikovanou a selektivní) až po prevenci sekundární a terciární.

Prevenci v ústavních zařízeních je nutné rozlišit podle stupně rizikivosti chování dětí, tj. může se jednat:

- o rizikové chování, které souvisí s přirozenou vývojovou fází dítěte (lze na něj reagovat standardními metodami specifické primární prevence);
- o závažnou poruchu chování, kdy jedinec ohrožuje sebe či okolí (v tomto případě je nutný komplexní multidisciplinární přístup a preventivně léčebná opatření).

V květnu roku 2006 realizovalo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti ve spolupráci s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy průzkum. Výsledky z části zaměřené na preventivní aktivity byly využity jako primární data pro zabezpečení prevence v zařízeních pro výkon institucionální výchovy (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006). Šetření bylo realizováno prostřednictvím dotazníku, který vyplňovali zástupci zařízení. Celkem bylo získáno 177 vyplněných dotazníků. Na základě šetření bylo zjištěno, že preventivní aktivity rizikového chování jsou v souladu s legislativou realizovány ve všech typech školských zařízení (tj. v dětských domovech, dětských domovech se školou, diagnostických ústavech a výchovných ústavech). Formy realizovaných aktivit byly sledovány pomocí polootevřené otázky se čtyřmi předepsanými aktivitami, a to besedami, dlouhodobým programem, vzděláváním pedagogů a zážitkovým pobytem. Nejčastěji byly realizovány besedy či přednášky s danou tematikou. Dále následovala „nepřímá kategorie“ vzdělávání pedagogů. Avšak i zážitkové pobyty a dlouhodobé programy vykázaly vysokou četnost (viz Graf 2) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006b).

Graf 2: Formy realizovaných preventivních aktivit



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2006b).

Výsledky druhé části šetření týkající se léčby v souvislosti s užíváním návykových látek byly zveřejněny ve „Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005“ (Mravčík a kol., 2006). Do výzkumu se zapojilo 53 školských subjektů (z celkového počtu 64 oslovených). Jelikož některé subjekty provozují více školských zařízení, bylo získáno 60 vyplněných dotazníků. Zjistilo se, že užívání tabáků a návykových látek patří spolu s agresivitou mezi tři nejčastěji řešené problémy. Užívání tabákových výrobků řeší téměř 97 % zařízení, užívání nelegálních návykových látek 78 % a konzumaci alkoholu 77 % zařízení. Při řešení drogových problémů nejčastěji spolupracují školská zařízení:

- s lůžkovými léčebnými zařízeními (psychiatrickými léčebnami, terapeutickými komunitami a detoxifikačními jednotkami);
- s ambulantními léčebnými zařízeními (psychologickými a psychiatrickými ordinacemi, pedagogicko-psychologickými poradnami);
- s jinými školskými zařízeními pro výkon ústavní a ochranné výchovy

6.3 Léčba závislosti u dospívajících

Léčba závislosti, tedy bio-psycho-sociální onemocnění, vyžaduje komplexní péči – od „léčby prostředím“ a farmakoterapie až po psychoterapii a socioterapii (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000).

Psychoterapie

Psychoterapeutická složka léčby závislostí se při práci s dospívajícími v zásadě neliší od jejího uplatnění v práci s dospělými. Přizpůsobuje se však svojí formou a obsahem dosaženému stupni fyzického, psychického, společenského a duchovního vývoje adolescenta. Podílí se na všech hlavních krocích léčby (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000):

- „vyproštění“ ze stavu fyzické či psychické intoxikace;
- „vyzbrojení“ proti pokračování v návyku;
- „vybavení“ pro život bez závislosti;
- „rekonstrukce“ smysluplného životního zakotvení a zaměření.

„Vyproštění“ ze stavu fyzické či psychické intoxikace

Klient je zbaven možnosti příjmu návykové látky a na nezbytně nutnou dobu také příležitostí chorobný návyk opět obnovit. Využívá se ústavní i ambulantní léčba. V případě, že se jednalo o závislost na návykové látce, je cílem tohoto opatření umožnit tělu zbavit se škodlivin a poskytnout mu čas k fyziologickému „přelazení“ na metabolické fungování bez návykové látky. Často bývá tento krok doprovázen *odvykávacími příznaky*. (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000).

„Vyzbrojení“ proti pokračování v návyku

Druhý krok léčby spočívá v *přestavbě postojů a způsobů chování* k návykové látce a k tomu, co k jejímu užívání vede. V tomto ohledu se vytváří buď lhostejnost, nebo odpor. Neméně důležitý je *praktický nácvik vyhýbavého chování* vůči situacím a činům vedoucím k závislosti. Klient se učí včas rozpoznat hrozbu obnovení návykového chování a aktivně se jí vyhnout. Řadíme sem například dovednost asertivně odmítnout pozvání či svádění,

racionální sebeřízení při vyhýbání se rizikové společnosti či místům (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000).

„Vybavení“ pro život bez závislosti

Cílem tohoto kroku je vybavit adolescenta do jejich konkrétních životních situací (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000):

- aby se nedostával do nadměrně stresujících situací;
- aby dokázal běžně vznikající problémy přiměřeně řešit;
- aby dobře snášel běžné životní frustrace;
- aby si obnovil zdravou sebedůvěru atd.

V této souvislosti jsou často zmiňovány dovednosti potřebné pro život („life skills“). Jedná se o *„schopnosti, které usnadňují adaptivní chování jedince a pomáhají ve zvládání každodenních problémů. Jsou to schopnosti, které umožňují dětem a dospívajícím chovat se zdravým způsobem vzhledem k jejich přáním a potřebám – s cílem realizovat je v co nejširším rozsahu“* (Čablová, 2012, s. 173). Nešpor a Scheansová (2009) rozdělili „dovednosti pro život“ do dvou skupin:

- dovednosti sebeovlivnění („Self-management“);
- dovednosti sociální („Social skills“).

Bližší charakteristiky jsou shrnuty v tabulce 18. Je však potřeba podotknout, že jednotlivé dovednosti se vzájemně překrývají. Příkladem je například využívání komunikačních dovedností (= sociální dovednost), které vyžaduje jisté sebeovládání a určitou schopnost zvládat negativní emoce (= dovednost sebeovlivnění) (Nešpor, Scheansová, 2009)

Tabulka 18: Dovednosti potřebné pro život („life skills“)

Dovednosti sebeovlivnění	Sociální dovednosti
Schopnost vhodně se motivovat ke zdravému způsobu života i v jiných oblastech.	Schopnost čelit sociálnímu tlaku (např. odmítnout vrstevníky i starší lidi, když nabízejí alkohol nebo jiné návykové látky).
Schopnost oddálit uspokojení nebo potěšení.	Další asertivní dovednosti (zdravé sebeprosazení).
Schopnost chránit a posilovat zdravé sebevědomí.	Schopnost vcítění a porozumění životním situacím.
Schopnost plánovat čas, vést přiměřený a vyvážený životní styl	Schopnost komunikace, vyjednávání, nacházení kompromisu apod.
Zvládání rizikových duševních stavů (např. bažení, úzkost, hněv, deprese, radost nebo nuda).	Dovednosti rozhodování se a schopnost předvídat následky určitého jednání.
Umět se uvolnit, použít vhodnou relaxační techniku, odpočívat.	Vytvářet vztahy a budovat si přiměřenou síť sociálních vztahů.
Schopnost pečovat o vlastní zdraví (výživa, cvičení, využívání zdravotní péče, hygiena atd.).	Zvládnutí přechodu do nového prostředí nebo nové situace.
	Schopnost racionálně hospodařit s penězi.
	Dovednosti týkající se volby a hledání vhodného zaměstnání a pracovní dovednosti.
	Rodičovské dovednosti.

Zdroj: Nešpor (2006, s. 109)

„Rekonstrukce“ smysluplného životního zakotvení a zaměření

Pokud se adolescent dokáže ze své závislosti „vyprostit“, proti jejímu obnovení „vyzbíjit“ a pro zdravé zvládání životních nároků lépe „vybavit“, bývá nucen se i ve svém svědomí konfrontovat a vyrovnat se škodami způsobenými sobě i blízkým. Situaci komplikuje fakt, že některé následky jeho dřívějšího jednání lze zpravidla napravit jen velmi obtížně a někdy vůbec ne. Může se poté projevit zoufalství nad „zkaženým životem“, které může vyústit v hledání úniku jediným směrem – zpět do návyku přinášejícího úlevu. Důležité je tedy najít ve svém životě věci, které mu stojí za snahu – například vytvořit obohacující vztahy či činit něco hodnotného (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000).

6.3.1 Zlepšování účinnosti a výsledků léčby

6.3.1.1 Léčení závislosti a vývojové úkoly

Jak bylo uvedeno, dospívající člověk musí zvládat řadu požadavků vyplývajících z fyzických, psychických a sociálních změn v procesu růstu a zrání. Během tohoto obtížného období se někteří snaží užíváním návykových látek zmírnit intenzitu problémů vyplývajících z tlaku vývojových úkolů. Dochází k situaci, že se vývojové úkoly odkládají a zůstávají neřešené. Ukončení drogové kariéry úzce souvisí se zvládnutím nevyřešených

a odložených vývojových úkolů. Lze říci, že ukončení drogové kariéry je nutným předpokladem pokračování v normálním vývoji. Zároveň platí, že toto ukončení je pravděpodobnější a snazší, pokud má závislý jedinec příležitost se s nevyřešenými vývojovými úkoly vyrovnávat. V tomto ohledu je úkolem léčby poskytovat dostatečnou podporu, stimulaci, vzory a potřebné dovednosti (Kalina, 2000).

O vývojových úkolech, jimž dospívající v naší civilizaci čelí, jsme se zmiňovali v kapitole 1.2. V tabulce 19 je uveden přehled některých nároků na mladé lidi, co pomáhá a jaké jsou účinky alkoholu a jiných návykových látek.

Tabulka 19: Vliv návykových látek na mladé lidi

Životní nároky	Co pomáhá	Účinky alkoholu a drog
Dokončení tělesného vývoje.	Péče o zdraví a kondici, rekreační sport, cvičení, zdravá výživa.	Zpomalují vývoj, vedou ke zhoršené výživě a nemocem.
Studium nebo příprava na zaměstnání.	Najít dobré učitele a vzory a získat od nich co nejvíce.	Vedou k nezájmu, lhostejnosti, zhoršují schopnost přesně myslet, dlouhodobě působí i poškození mozku.
Naučit se zacházet se sexualitou.	Opatřit si kvalitní informace, spojit citový a sexuální život. Vhodná společnost, umění. Sebekontrolu v sexu zlepší jóga, cvičení.	Citově otupují, přinášejí vyšší riziko problémů, jako jsou pohlavní nemoci a nechtěná těhotenství. Dlouhodobě působí ztrátu zájmu o sex.
Najít životní cíle a hodnoty.	Dobré zájmy, společnost kvalitních lidí, organizace s dobrým programem jako je ochrana přírody, pomoc druhým nebo péče o zdraví. Duchovní život, spolupráce se zkušenými lidmi, kursy, četba atd.	Vedou často k planému filozofování bez praktického účinku v životě a ke ztrátě dlouhodobých cílů. Později už jde jen o alkohol nebo drogu.
Získat užitečné znalosti.	Dobře se připravit na zaměstnání, najít si kvalitní přátele a zájmy.	Často působí zaostávání v různých oblastech života.
Získat jistotu ohledně svého vzhledu.	Péče o čistotu a vzhled, případně porada s odborníkem, rozumné oblékání.	Zvyšují riziko kožních chorob, okrádají o čas, snižují tělesnou i duševní výkonnost a vedou k předčasnému stárnutí. Kouření čehokoliv poškozuje pleť.
Postupné osamostatňování od rodiny.	Dobří přátele a kvalitní vlastní zájmy. Vnímat rodiče jací jsou - jejich silné stránky i omezení.	Působí zpomalení vývoje, nesamostatnost a větší závislost na druhých lidech včetně rodičů.
Naučit se čelit zátěži, stresu, únavě.	Zdravý způsob života, jóga, dostatek spánku, relaxace, cvičení, rozumná výživa, umět se svěřit a poradit atd.	Snižují odolnost, zvyšují riziko nemocí a úrazů.
Připravit se na život v moderní a rychle se měnící společnosti.	Vzdělání, studium jazyků, zájem o dění a trendy ve světě.	Okrádají o čas, snižují duševní i tělesnou výkonnost a vedou k předčasnému stárnutí.
Naučit se chránit své zdraví a bezpečnost	Přiměřená opatrnost, schopnost předvídat, péče o svojí kondici, dobrá a bezpečná společnost spolupráce se zdravotníky atd.	Úrazy, nemoci, trestná činnost pod vlivem alkoholu nebo drog nebo proto, aby si je člověk opatřil.

Zdroj: Nešpor (2006, s. 60)

6.3.1.2 Motivace ke změně

Pokud mají být výsledky intervence u dospívajících užívajících návykové látky úspěšné, očekává se od nich minimálně potřebná míra motivace k pozitivní změně. Očekává se od nich přiznání o užívání návykové látky, uznání problémů spojených s jejich užíváním, schopnost o nich hovořit, projevit svůj vlastní názor a naopak unést případný odlišný názor ostatních, aj. (Pešek, Nečesaná, 2009).

Větší motivace k léčbě je charakteristická právě pro dospělou populaci. Ta je motivována zejména závažnými nežádoucími účinky, zatímco dospívající jsou obvykle neochotnými klienty a vyhledávání pomoci jimi samými není typické (Swadi, 2000). Odborníci, kteří s dospívajícími lidmi pracují, se shodují na tom, že motivace ke změně u těchto klientů je z valné většiny dána tlakem jejich okolí (tj. rodiči, sociálními kurátory, školami) nebo obavami např. z trestního stíhání či umístění do ústavního zařízení (Pešek, Nečesaná, 2009).

Co se však skrývá pod pojmem motivace? Motivace je proces usměrňování, udržování a energetizace chování daného jedince, který vychází z biologických zdrojů. Nejčastěji je pod pojmem motivace chápán intrapsychický proces zvýšení nebo poklesu aktivity, mobilizace sil, energizace organismu, který se projevuje napětím, neklidem, činnostmi směřujícími k porušení rovnováhy (Hartl, Hartlová, 2009).

Dle Průchy a kol. (2003) je motivace souhrnem vnějších a vnitřních faktorů, přičemž tyto faktory:

- vzbuzují, aktivují, dodávají energii lidskému jednání a prožívání;
- zaměřují toto jednání a prožívání určitým směrem;
- řídí jeho průběh, způsob dosahování výsledků;
- ovlivňují způsob reagování jedince na jeho jednání a prožívání, jeho vztahy k ostatním lidem a ke světu.

Motivaci lze klasifikovat podle různých kritérií. V odborné literatuře se nejčastěji rozlišuje motivace vnější a vnitřní či motivace pozitivní a negativní. O *pozitivní motivaci* mluvíme v případě, kdy se adolescent snaží dosáhnout žádoucího cíle či odměny. Naopak *negativní motivace* je charakteristická snahou dítěte vyhnout se něčemu nepříjemnému (Dařílek, 1998). Příkladem pozitivní motivace jsou možnosti, které dává abstinence v oblasti studia, práce, volného času či mezilidských vztahů. Příkladem negativní motivace

je například vyhnutí se vězení či konfliktů s policií, vyhnutí se zdravotním problémům, problémům v rodině, atd.

Vnější motivace je výsledkem používání vnějších podnětů (incentiv). Naopak *vnitřní motivace* je výsledkem rozvoje potřeb a zájmů člověka (Dařílek, 1998). V logopedické terapii bude u malých dětí patrně vždy převažovat motivace vnější.

Stadia změny a jejich charakteristika

Prochaska a DiClemente popsali v 90. letech model pěti stádií, kterými člověk prochází při zahájení a udržování změny. Jedná se o stádium prekontemplace, kontemplace, rozhodnutí, akce, udržování.

Fáze prekontemplace. Jedinec nevnímá užívání návykových látek jako svůj problém, který by měl řešit. Cítí se dobře a je přesvědčený, že vše má pod kontrolou. Své chování dokáže sám sobě dobře zracionalizovat (Dobiášová, Broža, Kalina, 2008). Úkolem terapeuta je pomoci klientovi uvědomit si problémy vyplývající z užívání návykových látek a přehodnotit jeho názory. Zdá se, že se většina dospívajících jedinců nachází ve fázi prekontemplace či na začátku fáze kontemplace) (Jaffe, 2001).

Fáze kontemplace. Hlavní změnou je výskyt problémů, z nichž některé si jedinec dává do přímé souvislosti s užíváním návykových látek. Jejich užívání sice stále přináší uspokojení, avšak začínají narůstat pochybnosti o správnosti pokračování. Jedinec je rozhodnutý uvažovat o změně, avšak váhá, zvažuje výhody a nevýhody. Úkolem terapeuta je posilovat jedincev sebedůvěru a rozhodovací kompetence, pokoušet se o zdůrazňování rozporu a motivovat k drobným změnám působících pozitivně na sebevědomí (Dobiášová, Broža, Kalina, 2008).

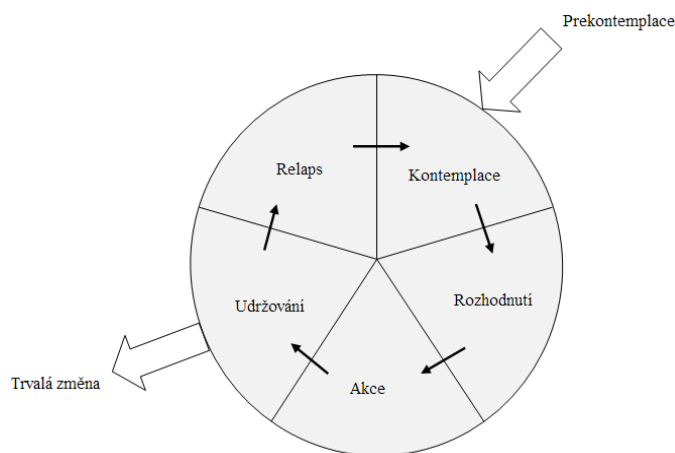
Rozhodnutí. Jedinec je ochoten dávat problémy a komplikace do přímé souvislosti s užíváním návykových látek. Reálně přemýšlí o potřebě změnit situaci, přičemž se nakonec rozhodne přistoupit k akci vedoucí ke změně. V tomto stádiu je motivace ze strany jedince nejvíce potřebná. Úlohou terapeuta je navrhnout konkrétní postup ke změně a získat jeho spolupráci na vytváření následných cílů a strategií (Dobiášová, Broža, Kalina, 2008).

Akce. Do této fáze jedinec dochází, pokud jeho rozpor dostatečně zesílí a potřeba změny nabude vrchu. V optimálním případě jedinec realizuje doporučený program a terapeut pomáhá jedinci změnu uskutečnit (Dobiášová, Broža, Kalina, 2008).

Udržování. Tato fáze znamená schopnost žít bez návykové látky a začátek návratu do běžného života. Většinou neprobíhá bez těžkostí. V optimálním případě jedinec udržuje pozitivní změnu, přičemž se využívají strategie k udržení změny a prevenci relapsu (monitorování a sebemonitorování, vyhýbání se rizikovým situacím a místům, upevňování zdravého životního stylu aj.) (Dobiášová, Broža, Kalina, 2008).

Model procesu změny, zachycující jednotlivé fáze procesu změny jakéhokoliv chování, je znázorněn na obrázku 9. Důležité je, že jde o model kruhový, který umožňuje optimističtější přístup ke změně chování. V případě, že jedinec zrelapsuje, může opět nastoupit do cyklu a procházet jím znovu, dokud nedosáhne žádoucího výsledku (Centrum adiktologie, 2010).

Obrázek 9: Proces změny (podle Prochaska, DiClemente)

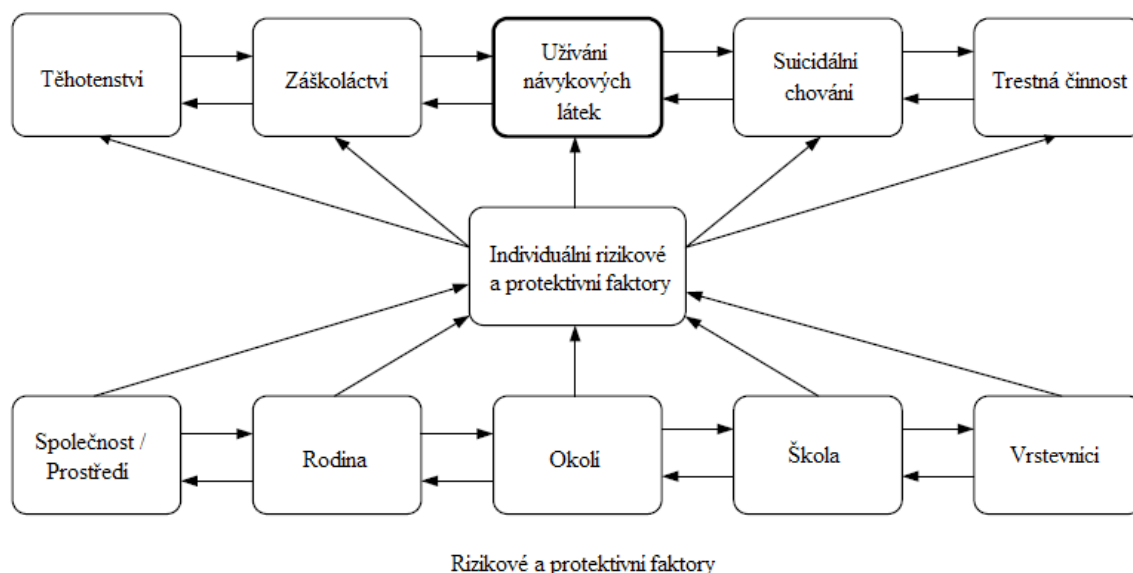


6.3.2 Systémový přístup k léčbě závislostí

Podle systémové teorie jsou zdraví i nemoc důsledkem nepřetržité interakce různých systémů, jako jsou biologické charakteristiky a osobnost daného jedince, jeho rodina, vrstevníci, širší sociální okolí, vliv médií, ale i dostupnost návykových látek, jejich cena aj. Interakci rizikových a ochranných faktorů znázorňuje obrázek 10. Systémová teorie poskytuje solidní teoretický rámec pro terapeutickou intervenci a učí identifikovat

a ovlivňovat relevantní systémy, které se podílejí na vzniku a zejména udržování závislosti (Nešpor, [b.r.]).

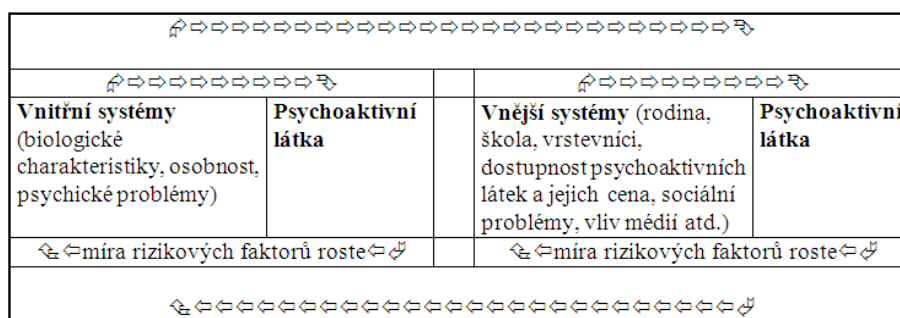
Obrázek 10: Schéma interakce rizikových a ochranných faktorů



Zdroj: Jones et al. (2006, s. 62)

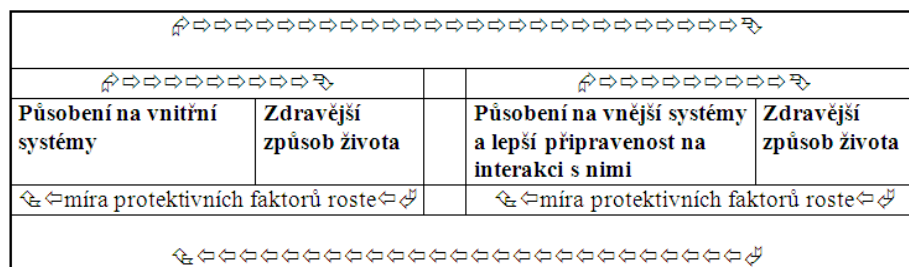
Nešpor (2006) uvádí *bludné kruhy* při vzniku závislosti (viz Obrázek 11) a *pozitivní kruhy* v prevenci a léčbě (viz Obrázek 12). O bludném kruhu závislosti mluvíme v případě, kdy problémy vedou k braní návykových látek a návykové látky k dalším problémům. Například člověk s duševními problémy sáhne po alkoholu. Jeho problémy se zdánlivě zmírní. Jakmile však účinky alkoholu pominou a jedinec vystřízliví, jeho problémy opět vystoupají na povrch a k tomu navrch přibude špatná nálada z kocoviny a třeba i z krádeže peněženky během doby, kdy byl opilý. Jestliže se tento člověk opět opije, dostává se do bludného kruhu. Ty se objevují v mnoha oblastech (v pracovním, rodinném životě či v oblasti zdraví). Nejhorší však je, že jeden bludný kruh může nastartovat další.

Obrázek 11: Bludné kruhy při vzniku závislosti



Zdroj: Nešpor ([b.r.], 7).

Obrázek 12: Dobrý kruh prevence a léčby



Zdroj: Nešpor ([b.r.], 7).

Cílem léčby a prevence je obrátit bludný kruh v kruh pozitivní, tj. vypěstovat si zdravý způsob života. Léčba by přitom měla ovlivnit co nejvíce systémů a podsystémů (Nešpor, Csémy, 1996).

6.3.2.1 Abstinence jako cíl i prostředek

Dle Kaliny (2000) je abstinence nejen cílem, ale i prostředkem v léčbě závislosti. Její význam je pro jedince klíčový i v případech, kdy nemluvíme o abstinenci trvalé. Jakékoliv období bez návykových látek totiž může vytvořit předpoklady pro další, déletrvající období v budoucnu. Abstinence je důležitá zejména pro změny v ostatních oblastech života. Na druhé straně se ukazuje, že abstinence není sama o sobě dostatečným cílem, pokud není doprovázena dalšími změnami. Mezi ně například patří:

- změna vrstevnických kontaktů;
- změna v partnerských vztazích;

- změna vztahu k původní rodině;
- zlepšení uplatnění na trhu práce.

Lze říci, že cílem léčby je změna životního stylu, pro niž je abstinence podmínkou nutnou – ne však postačující (Kalina, 2000).

6.3.3 Systém péče a možnosti léčby u dospívajících uživatelů návykových látek

Náprava problémového chování adolescentů musí odrážet různé stupně zasažení jedince i jeho sociálního okolí. Péče musí být diferencovaná. Jiná pomoc musí být nabídnuta víkendovému uživateli se zhoršujícím se školním prospěchem a drobnými krádežemi doma, jiná problémovému uživateli, kterého například vyloučili ze školy, hrozí mu soud za krádeže, má nařízenou ústavní výchovu a několikrát utekl z ústavního zařízení (Kabátková, 2007).

Pokud uvažujeme o adolescenci jako o věkovém období mezi 11. a 12. rokem až 20. a 22. rokem, lze rozdělit adolescenty na nezletilé a zletilé. Mnoho zařízení pracuje s klienty ve zletilém adolescentním věku v rámci programů pro dospělé. Pro nezletilé adolescenty je situace poněkud odlišná. V další části se zaměříme na systém péče a možnosti léčby u nezletilých klientů.

V České republice zatím není stabilizována dostatečná síť zařízení pro adolescenty a jejich rodiny na všech potřebných úrovních. Velké rozdíly navíc lze sledovat mezi středočeským krajem a ostatními regiony, ale i mezi většími a menšími městy. Přesto existuje řada zařízení, která se zaměřují na adolescenty:

- v různých fázích užívání (experiment, škodlivé užívání, závislost);
- na různých úrovních péče (primární, sekundární, terciární prevence, ambulantní, stacionární, rezidenční péče, terénní práce, skupinová i rodinná terapie) (Kabátková, 2007).

Obecně platí, že čím je dítě mladší, tím více se musí do léčby zapojit jeho primární rodina. Znamená to iniciovat změnu nejen u dítěte, ale současně i v jeho rodině, aby byla změna vůbec možná a udržitelná (Kabátková, 2007).

6.3.3.1 Nízkoprahové služby

Nízkoprahové programy jsou považovány za velmi důležitou součást systému péče o uživatele návykových látek, jelikož je s nimi v kontaktu odhadem cca 70 % problémových uživatelů návykových látek (v Praze až 80 %) (Mravčík a kol., 2011). Existují různé druhy programů:

- Mezi *programy zaměřené pro rekreační* uživatele návykových látek patří například preventivní programy poskytované na taneční scéně (testování tablet) a preventivní chillouty na tanečních akcích (Chilli.org).
- Mezi *programy pro problémové uživatele* návykových látek patří například terénní programy, kontaktní centra či substituční centra.

6.3.3.2 Ambulantní programy

V roce 2011 poskytovalo péči o jedince užívající návykové látky celkem 23 ambulancí dětské psychiatrie. Pouze u jedné ambulance dětské a adolescentní psychiatrie tvořili pacienti léčení pro užívání návykových látek většinu (tj. více než 50 %) z celkového počtu všech dětských pacientů (viz Tabulka 20).

Tabulka 20: Počet psychiatrických ambulantních zařízení podle podílu léčených uživatelů návykových látek v roce 2011

		Podíl pacientů léčených pro návykové látky z celkového počtu pacientů						
		0-10 %	11-25 %	26-50 %	51-75 %	76-90 %	91-100 %	Celkem
Dětská psychiatrie	Počet ambulancí	21	1	-	1	-	-	23
	Počet pacientů	189	63	-	367	-	-	619

Zdroj: zpracováno podle ÚZIS ČR (2012b)

Pro zneužívání všech psychoaktivních látek se léčilo v ambulantních zdravotnických zařízeních celkem 2149 pacientů ve věku 15 až 19 let a 65 pacientů ve věku do 15 let. Z toho se pro poruchy způsobené zneužíváním alkoholu léčilo celkem 507 pacientů ve věku 15 až 19 let a celkem 14 pacientů ve věku mladších 15 let (viz Tabulka 21).

Tabulka 21: Pacienti užívající návykové látky léčení v ambulantních zdravotnických zařízeních podle skupin návykových látek a věkových skupin v roce 2011

	0-14 let			15-19 let		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Alkohol	7	7	14	330	177	507
Opiáty a opioidy	-	-	-	137	64	201
Kanabinoidy	24	8	32	349	143	492
Sedativa a hypnotika	1	3	4	32	53	85
Kokain	-	-	-	1	1	2
Ostatní stimulantia	2	4	6	310	279	589
Halucinogeny	-	-	-	15	8	23
Prchavá rozpouštědla	-	-	-	14	7	21
Kombinace drog	9	-	9	120	86	206
Tabák	-	-	-	6	5	11
Jiné	-	-	-	7	5	12
Nealkoholové drogy	36	15	51	991	651	1642
Nealkoholové drogy bez tabáku	36	15	51	985	646	1631
Psychoaktivní látky celkem	43	22	65	1321	828	2149

Zdroj: zpracováno podle ÚZIS ČR (2012b)

6.3.3.3 Detoxifikace

Detoxifikační jednotky jsou určeny k zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou, které nevyžadují intenzivní péči v žádném jiném zařízení, jako je např. jednotka intenzivní péče nebo anesteziologicko-resuscitační oddělení (Nešpor, 2003).

Dětské a dorostové detoxikační centrum

Dětské a dorostové detoxikační centrum je specializované oddělení pro akutní léčbu dětí a mladistvých se zkušeností a závislostí na návykových látkách. Pracoviště je ojedinělé svého druhu v Praze i v rámci celé České republiky (Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Baromejského v Praze, [b.r.]).

Dětské a dorostové detoxikační centrum nabízí komplexní protidrogovou péči pro děti a mládež do 18. roku věku. Centrum se zaměřuje nejen na péči o drogově závislé, ale též o problémové uživatele či experimentátory s alkoholovými i nealkoholovými drogami – a to od ambulantních konzultací, až po zajištění hospitalizace a detoxifikace a navazující následné léčby (Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Baromejského v Praze, [b.r.]).

Pracovní tým je multidisciplinární a je tvořen zdravotnickými pracovníky (psychiatry, pediatri, psychology, zdravotními sestrami) i nezdravotnickými pracovníky

(psychoterapeuty, sociálními pracovníky, speciálními pedagogy) (Koranda, Marušák, 2010).

Dětské a dorostové detoxikační centrum je tvořeno ambulantní a lůžkovou částí. Lůžková část má kapacitu 14 lůžek rozmístěných v 5 pokojích. Na oddělení je místnost pro psychoterapii a pro volnočasové aktivity. V přízemí budovy je též keramická, košíkářská a drátenická dílna. Pro děti s povinnou školní docházkou je zajištěna přímo na oddělení výuka ve škole, která je součástí Základní školy praktické a Praktické školy Karla Herforta v Praze 1 (Koranda, Marušák, 2010). Počet hospitalizovaných pacientů v roce 2010 je uveden v tabulce 22.

Tabulka 22: Počet pacientů Dětského a dorostového detoxikačního centra v roce 2010

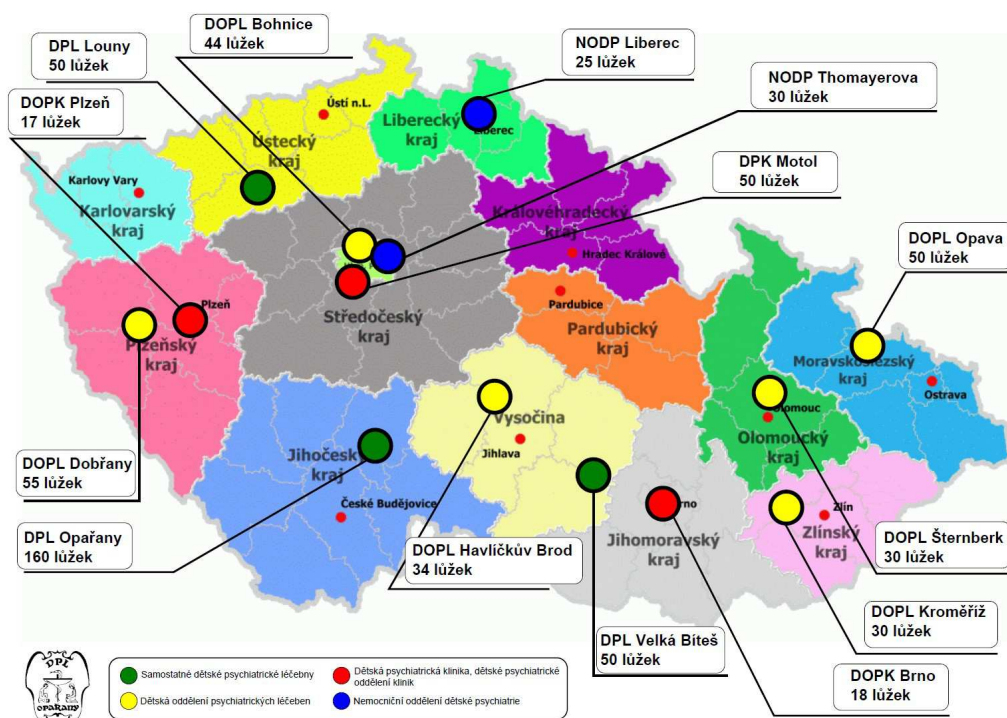
Počet hospitalizovaných pacientů za rok 2010	227
Počet ambulantních pacientů do 18 let za rok 2010	1 862
Počet ambulantních pacientů za rok 2010	2 531

Zdroj: Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Baromejského v Praze ([b.r.]

6.3.3.4 Střednědobá ústavní léčba

Pod pojmem střednědobá ústavní léčba rozumíme rezidenční léčbu ve zdravotnických zařízeních (psychiatrických léčebnách, odděleních pro léčbu závislostí), kde doba léčby tvá v rozmezí asi 3 až 6 měsíců. Cílovou populaci tvoří převážně osoby od 15 let věku, zejména problémoví uživatelé návykových látek (Richterová Těmínová, 2008). Sít pedopsychiatrických lůžek v České republice znázorňuje obrázek 13.

Obrázek 13: Síť pedopsychiatrických lůžek v České republice



Zdroj: Asociace dětské a dorostové psychiatrie ([b.r.])

V roce 2011 proběhlo u *dětských pacientů* ve věku 0 až 14 let celkem 7 hospitalizací pro základní dg. F10 (poruchy způsobené užíváním alkoholu), zatímco u *mladistvých pacientů* ve věku 15 až 19 let celkem 92 hospitalizací. U ilegálních návykových látek, tj. se základní dg. F11-F19 (bez dg. F17), bylo zaznamenáno celkem 30 hospitalizací u *děti* ve věku 0 až 14 let a 697 hospitalizací u *mladistvých* ve věku 15 až 19 let (ÚZIS ČR, 2012). Podrobněji je přesný počet hospitalizací pacientů léčených pro poruchy způsobené užíváním jednotlivých návykových látek v psychiatrických lůžkových zařízeních podle věkových skupin v roce 2011 znázorněn v tabulce 23.

Tabulka 23: Počet hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2011

Věková skupina	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19	Ilegální návykové látky celkem
0-14	0	6	1	0	13	0	0	4	6	30
15-17	10	58	2	0	173	1	0	1	101	346
18-19	12	18	4	0	130	2	0	1	184	351
20-24	52	61	6	3	486	1	0	1	598	1208

Zdroj: zpracováno podle ÚZIS ČR (2012)

6.3.3.5 Terapeutické komunity

Terapeutické komunity pro mladistvé a mladé dospělé jsou určeny pro mladší klienty, tj. zpravidla ve věku od 15 do 25 let. Léčebný program zde bývá kratší než v jiných terapeutických komunitách (kolem 6 měsíců) a větší důraz se klade na spolupráci s rodinou klienta. Léčí se zde chlapci a dívky, resp. muži a ženy, společně (Preston, Malinowski, 2007).

Specializované programy pro nezletilé adolescenty v současné době nabízejí: Terapeutická komunita Karlov, Terapeutická komunita White Light I., Terapeutická komunita Krok, Terapeutická komunita Monar, Terapeutická komunita Pastor Bonus, (Terapeutická komunita) Husův dům, (Terapeutická komunita) Cesta řevnice a Terapeutická komunita Medvědí kámen. Dříve nabízela specializovanou péči i TK domov Agapé provozovaný Charitou Opava. Jednalo se o jedinou terapeutickou komunitu v České republice, která nabízela komunitní práci s dětmi od 11 let věku. Pro nedostatek finančních prostředků však byla zrušena (Kabátková, 2007).

Terapeutické komunity patří u nás spíše k menšinové formě práce s nezletilými – příčinou je zřejmě fakt, že (Kabátková, 2007):

- mnoho z nezletilých ještě terapeutickou komunitu nepotřebuje; pro nápravu jejich, prozatím ne tak vážných, obtíží postačují jiné formy péče;
- komunitní práce s nimi je poměrně obtížná (z hlediska organizace, odbornosti i osobního nasazení).

Dle Kabátkové (2007) má délka programů pro nezletilé adolescenty v terapeutických komunitách poměrně velký rozptyl – od 6 měsíců (TK Karlov) po necelé 2 roky (TK Monar, léčba je včetně doléčování). Zejména u nezletilých doporučuje využívat spíše kratší programy z následujících důvodů:

- bývají silně fixováni v rodině;
- do rodiny často vracejí a není proto žádoucí je zcela osamostatnit;
- jsou časově limitováni přerušáním studia a opětovným nástupem do kmenové školy;
- vzhledem k menší závažnosti drogové kariéry není potřeba je tak dlouze izolovat od vnějšího prostředí.

Výchovně léčebná jednotka Medvědí Kámen

Výchovný ústav Hostouň se nachází v Plzeňském kraji, v okrese Domažlice. Výchovně léčebná jednotka (zkr. VLJ) Medvědí kámen se nachází v Plzeňském kraji, v okrese Domažlice, cca 75 km od Plzně směrem na Horšovský Týn. Sídlí v areálu bývalé pohraniční rotý v krásném prostředí přírody Českého lesa, v oblasti Medvědíh hor. Celková kapacita zařízení je 16 klientů.

Cílovou skupinou jsou chlapci z výchovných ústavů z celé České republiky s nařízenou ústavní výchovou, a to ve věku od 16 do 19 let s ukončenou povinnou školní docházkou. Zařízení je určeno pro problémové uživatele nealkoholových drog či závislé, u kterých se zároveň vyskytují poruchy chování (výchovné problémy, záškoláctví, útky, toulání, trestná činnost). Přijímání jsou klienti, kteří užívají či nadužívají návykové látky do té míry, že jim komplikují život a stávají se problémem nejen pro ně, ale i pro jejich okolí. Podmínkou k přijetí do zařízení je detoxifikace a nejméně 7 denní abstinence, přičemž u klienta nesmí být diagnostikováno žádné akutní psychické onemocnění (Výchovný ústav, dětský domov se školou, základní škola, střední škola a školní jídelna Hostouň, [b.r.]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1 **Zaměření a cíle výzkumu**

Podnětem pro realizaci výzkumu se stala tvrzení expertů o velkém výskytu rizikového chování u mládeže v ústavních zařízeních. Z odborné literatury vyplývá, že se jedná o rozšířený a závažný problém, který však doposud v České republice nebyl dostatečně zmapován. Experti se shodují na tom, že adolescenti z ústavních zařízení jsou vzhledem k užívání návykových látek jednou z nejrizikovějších skupin.

Hlavní cíl výzkumné části spočívá v analýze užívání návykových látek jako součásti syndromu rizikového chování v adolescenci. Cílem je shrnout současné poznatky z oblasti užívání návykových látek u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou ve dvou krajích České republiky, a to v Plzeňském kraji a hlavním městě Praze. Tento cíl byl rozvinut následujícími dílčími cíly:

- zmapovat rozsah a způsob užívání návykových látek u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou;
- posoudit užívání návykových látek u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou ve vztahu k rizikovým faktorům, tj. prostředí, škole a vrstevníkům;
- analyzovat názory adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou na návykové látky a jejich užívání;
- vytvořit typologii rizikového chování u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou;
- komparovat rozsah užívání návykových látek u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou v Plzeňském kraji a v Hlavním městě Praze;
- komparovat získané údaje s výsledky výzkumné studie ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) prováděné v České republice.

2 Výzkumný problém a výzkumné hypotézy

Při stanovení výzkumného problému je vycházeno ze základních pracovních pojmů, které jsou definovány v teoretické části. Na základě teoretické analýzy a ke splnění výše uvedených cílů byly stanoveny následující výzkumné problémy:

1. V jakém věku začínají adolescenti s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou užívat návykové látky?
2. Jaká je prevalence užívání návykových látek u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou?
3. Jakým způsobem užívají adolescenti s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou návykové látky?
4. Jaký je rozdíl mezi užíváním návykových látek u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou v Plzeňském kraji a hlavním městě Praze?
5. Má vliv doba strávená v ústavním zařízení na užívání návykových látek u dospívajících?

Jako vědecký předpoklad byly stanoveny následující věcné a pracovní hypotézy:

1. **Adolescenti z ústavních zařízení začínají užívat návykové látky v nižším věku než je celorepublikový průměr.**

Průměrný věk prvního užití návykových látek je u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou nižší než průměrný věk prvního užití návykové látky u adolescentů celorepublikové populace.

2. **V ústavních zařízeních je vyšší podíl adolescentů užívajících návykové látky než v celorepublikovém průměru.**

Prevalence užívání návykových látek u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou je vyšší než prevalence užívání návykových látek u adolescentů celorepublikové populace.

3. **Adolescenti z ústavních zařízení užívají návykové látky s vyšší frekvencí než adolescenti celorepublikové populace.**

Četnost užívání návykových látek je mezi adolescenty s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou vyšší než mezi adolescenty celorepublikové populace.

4. Adolescenti pražských ústavních zařízení začínají užívat návykové látky v nižším věku než adolescenti plzeňských ústavních zařízení.

Průměrný věk prvního užití návykových látek je u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou v Praze nižší než průměrný věk prvního užití návykové látky u adolescentů v Plzeňském kraji.

5. V pražských ústavních zařízení je vyšší podíl adolescentů užívajících návykové látky než v plzeňských ústavních zařízení.

Prevalence užívání návykových látek u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou v Praze je vyšší než prevalence užívání návykových látek u adolescentů v Plzeňském kraji.

6. Adolescenti pražských ústavních zařízení užívají návykové látky s vyšší frekvencí než adolescenti plzeňských ústavních zařízení.

Četnost užívání návykových látek je mezi adolescenty s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou v Praze vyšší než mezi adolescenty v Plzeňském kraji.

7. Adolescenti s kratší dobou strávenou v ústavních zařízeních užívají návykové látky častěji než adolescenti s delší dobou pobytu v ústavních zařízeních.

Prevalence užívání návykových látek je u adolescentů s dříve nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou nižší než prevalence užívání návykových látek u adolescentů s později nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou.

V dalším textu objasníme volbu hypotéz. Formulace hypotézy 1, 2, 3 byla zvolena na základě teoretické analýzy odborné literatury, v níž je uváděno, že mezi adolescenty z ústavních zařízení existuje významné riziko, že začnou užívat návykové látky v nižším věku, častěji a problémovějším způsobem než jejich vrstevníci (EMCDDA, 2010). Při tvorbě hypotézy 4, 5, 6 se vycházelo z předpokladu, že v Hlavním městě Praze jsou návykové látky dostupnější a iniciace konzumace nastává dříve než v menších městech

a na venkově. Hypotéza 7 byla stanovena z důvodu, že jiné výzkumné práce se nezabývaly problematikou vlivu doby strávené v ústavním zařízení na užívání návykových látek u adolescentů.

Pokusili jsme se *operacionalizovat* základní pojmy, s nimiž jsme pracovali. Za **adolescenta** označujeme jedince ve věku od dovršení 15. roku věku do 22 let, ve výzkumu jsme se zaměřili na věkovou kategorii 15 až 18 let.

Návykovou látkou (kapitola 3.1) pro účely výzkumného šetření rozumíme stimulancia (pervitin, kokain), halucinogeny (kanabis, LSD, psilocybin) a tlumivé látky (alkohol, opiáty, těkavé látky). Jsme si vědomi, že na našem trhu existuje celá řada dalších návykových látek mezi adolescenty hojně využívaných. Navíc se na drogové scéně objevují stále nové syntetické drogy a není možné zmínit jejich absolutní výčet.

Pod pojmem **celorepubliková populace adolescentů** chápeme šestnáctileté studenty zařazené do mezinárodní studie ESPAD, která proběhla v roce 2011.

Rozdělení doby pobytu na **kratší a delší dobu** bylo provedeno statistickým výpočtem ze získaných dat.

3 Charakteristika výzkumného šetření

V oblasti pedagogických věd se výzkumná šetření odvíjejí v rovině kvantitativních i kvalitativních výzkumů. V práci jsme se rozhodli realizovat výzkum kvantitativní.

Kvantitativní výzkum popisuje jevy pomocí proměnných (znaků), které jsou sestrojeny tak, aby měřily určité vlastnosti. Výsledky takových měření jsou pak zpracovány a interpretovány za pomoci statistiky (Čapek, 2010). Úkolem kvantitativního výzkumu je tedy za pomoci statistiky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Je tvořen většinou velkou skupinou respondentů (Kutnohorská, 2009). Výhody a nevýhody kvantitativního výzkumu znázorňuje tabulka 24.

Tabulka 24: Výhody a nevýhody kvantitativního výzkumu

Výhody kvantitativního výzkumu	Nevýhody kvantitativního výzkumu
<ul style="list-style-type: none">➤ Testování a validizace teorií.➤ Lze zobecnit na populaci.➤ Výzkumník může konstruovat situace tak, že eliminuje působení rušivých proměnných, a prokázat vztah příčina-účinek.➤ Relativně rychlý a přímočarý sběr dat.➤ Poskytuje přesná, numerická data.➤ Relativně rychlá analýza dat (využití počítačů).➤ Výsledky jsou relativně nezávislé na výzkumníkovi.➤ Je užitečný při zkoumání velkých skupin.	<ul style="list-style-type: none">➤ Kategorie a teorie použité výzkumníkem nemusejí odpovídat lokálním zvláštnostem.➤ Výzkumník může opominout fenomény, protože se soustřeďuje pouze na určitou teorii a její testování a ne na rozvoj teorie.➤ Získaná znalost může být příliš abstraktní a obecná pro přímou aplikaci v místních podmínkách.➤ Výzkumník je omezen reduktivním způsobem získávání dat.

Zdroj: Miovský (2006, s. 47)

3.1 Použité výzkumné metody

Zvolenou **výzkumnou procedurou** byla procedura statistická. Ta je vhodná pro zkoumání hromadných jevů, především prostřednictvím některých statistických metod (Kutnohorská, 2009). Jelikož však vždy operuje s velkým množstvím případů, je nutné zúžit výzkum na několik málo aspektů (tj. vlastností, které musí být zároveň kvantifikovatelné (Reichel, 2009). Lamser (1966) uvádí základní znaky statistické procedury:

1. operuje vždy s velkým počtem případů (pozorovatelných jednotek – např. lidí, skupin, institucí atp.);

2. bere v úvahu jevy a procesy tím způsobem, jak jsou dány. Vybírá je a potom pozoruje (nejprve se totiž musí objevit, pak je může pozorovat);
3. operuje převážně s kvantifikovanými jevy a procesy.

Ve výzkumu se statistická procedura objevuje ve dvou variantách – jako vyčerpávající šetření a jako šetření výběrové (Lamser, 1966). Čihovský (2006) dodává, že v případě vyčerpávajícího šetření dochází ke zkoumání celé populace. Naopak šetření výběrové zkoumá určitý vzorek. Je však nutné dodat, že zkoumaný vzorek by měl být reprezentativní a měl by spočívat v přibližné shodě struktury vzorku a populace.

Na základě zvoleného typu výzkumu se i příslušné **výzkumné metody** pohybují v rovině kvantitativní. Zvolena byla jedna z nejčastěji používaných metod ve výzkumu, a to dotazník. V této subkapitole nastíníme teoretické koncepty tvorby dotazníku, upozorníme na klady a zápory tohoto výzkumného nástroje.

Proč byl ke zkoumání problému vybrán právě dotazník? Především nás oslovila fakta, která uvádí Pelikán (1998):

- snadná administrace tohoto výzkumného nástroje;
- umožňuje oslovit velký počet respondentů;
- lze získat informace, které nelze získat jinak (např. názory či postoje respondentů);
- dotazník umožňuje počítačové zpracování velkého množství dat.

Pro výzkum jsme se rozhodli aplikovat čtyři dotazníky (viz Příloha A, B), které níže podrobněji popíšeme:

1. Skríníngový dotazník pro dospívající identifikující rizikové oblasti;
2. Dotazník problémového chování (Problem behaviour);
3. Dotazník postojů k užívání návykových látek (Attitudes to Drug Use);
4. zkrácenou adaptaci dotazníku ESPAD.

Dotazník pro dospívající identifikující rizikové oblasti

Prvním dotazníkem použitým ve výzkumné studii byl Skríníngový dotazník pro dospívající identifikující rizikové oblasti. Dotazník identifikuje celkem 10 oblastí: 1) volný

čas a rekreace, 2) chování, 3) zdravotní stav, 4) duševní zdraví, 5) sociální zdatnost, 6) rodinný systém, 7) škola, 8) pracovní adaptace, 9) vztahy s vrstevníky, 10) problémy s návykovými látkami. Dotazník je v plném znění uveden v příloze 1. Respondenti mají odpovídat „ano“ (znamená rizikovou oblast) a „ne“ (znamená nerizikovou oblast). Hodnocení bylo provedeno tak, že odpověď „ano“ znamená rizikovou oblast a „ne“ znamená nerizikovou oblast. Následně byl u každého respondenta vypočten celkový problémový index (viz Obrázek 14).

Obrázek 14: Vzorec pro výpočet celkového problémového indexu

$$\text{Celkový problémový index} = \frac{\text{součet procent souhlasných odpovědí v oblastech}}{\text{počet oblastí}}$$

Dotazník problémového chování (Problem behaviour)

Dotazník zjišťující problémové chování u dospívajících se skládá z celkem osmi tvrzení. Respondenti mají odpovídat, kolikrát v posledních 12 měsících provedli danou věc: 1) lhali učiteli, 2) lhali rodičům, 3) úmyslně poškodili majetek jiných lidí, 4) ukradli věci z obchodu, 5) uhodili někoho, 6) vynechali školu, 7) podváděli ve škole, 8) vzali peníze, které jim nepatřily. Méně závažné formy problémového chování jsou znázorněny pod položkami 1, 2, 6. Zbývající formy problémového chování uvedené pod položkami 3, 4, 5, 7, 8 jsou považovány za závažnější (EMCDDA, [b.r.]).

Jedna položka v dotazníku (položka č. 2) byla adaptována na poměry dětí nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou a doplněna. V původním znění dotazníku je uvedeno „Lhal rodičům“. V naší adaptaci jsme rozšířili položku o vychovatele, takže v konečné podobě zněla následovně: „Lhal rodičům nebo vychovatelům“.

Zkrácená adaptace dotazníku ESPAD

Při konstrukci tohoto dotazníku jsme vycházeli z Mezinárodní studie ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) (Csémy, Chomynová, Sadílek, 2009). Jedná se o celoevropskou studii zaměřenou na zjištění rozsahu užívání návykových látek u dospívajících. Projekt se realizuje již od roku 1995 a probíhá každé 4 roky. V roce 2011 proběhla již pátá vlna. Jejím cílem je podat přehled o rozsahu užívání legálních

i nelegálních návykových látek mezi dospívajícími a porovnat situaci s ostatními evropskými zeměmi (Csémy, Chomynová, 2012).

Ve zkrácené verzi našeho dotazníku jsme použili pouze otázky, které měli vztah k námi sledované problematice. Otázky jsme vzhledem ke sledované skupině populace (adolescenti v ústavní péči) upravili, aby byly co nejlépe pochopeny.

Dotazník postojů k užívání návykových látek (Attitudes to Drug Use)

Dotazník se skládá z celkem 12 položek, které sledují postoje adolescentů k užívání návykových látek. Postoje se hodnotí na pětistupňové škále (naprosto souhlasím, souhlasím, těžko říci, nesouhlasím, naprosto nesouhlasím).

Označení položek a, d, e, i, k, se hodnotí v rozmezí od 5 bodů do 1 bodu od „naprosto souhlasím“ k „naprosto nesouhlasím“. Položky b, c, f, g, h, j, l jsou hodnoceny obráceně (od „naprosto souhlasím“ do „naprosto nesouhlasím“ od 1 do 5 bodů). Při finálním hodnocení se sečte skóre a vydělí počtem zodpovězených otázek. Výsledek se pak hodnotí v rozmezí od 1 do 5, kde číslo 1 znamená zcela negativní postoj k užívání návykových látek a číslo 5 značí pozitivní postoj a souhlas s užíváním (EMCDDA, [b.r.]).

3.2 Výzkumná metodika

Vlastní výzkum postupně probíhal na dvou úrovních, a to jako předvýzkum a vlastní výzkum. Nejprve byl na malém vzorku cílové populace respondentů (N=12) proveden **předvýzkum** s cílem předběžného ověření dotazníku v praxi. Jeho smyslem bylo najít nedostatky, které by negativně ovlivnily získané údaje. Tato aktivita představovala proces připomínkování testových nástrojů. Získali jsme odpovědi na otázky:

- zda je zvolená výzkumná metoda vhodná;
- zda existuje pro naše hypotézy empirický podklad;
- jaké další hypotézy přicházejí v úvahu;
- jaké problémy při realizaci šetření mohou nastat.

V rámci předvýzkumu byla dále pozornost věnována zejména:

- formální stránce dotazníku (tj. zda je dotazník přehledný, s dostatečným prostorem pro odpovědi, aj.);
- chybám v dotazníku (tj. zda se vyskytují v dotazníku gramatické chyby, chybějící otázka, chybějící možnost odpovědi);
- délce dotazníku (tj. zda není dotazník pro sledovanou populaci příliš dlouhý);
- formulaci jednotlivých otázek (tj. zda jsou otázky srozumitelné);
- sekvenci otázek (tj. zda je vhodné pořadí otázek).

Vlastní realizace výzkumu se dělila na tři fáze. *Přípravná fáze* zahrnovala studium odborné literatury, vypracování metodologie výzkumu a hledání vhodného výzkumného souboru. *Realizační fáze* představovala vlastní výzkum. V poslední, tj. *vyhodnocovací fázi*, proběhlo zpracování získaných dat a vyhodnocení výsledků.

Zkoumali jsme rozsah, způsob užívání a postoje v rizikové věkové kohortě (15 až 18 let). Pokusili jsme se o pokrytí těchto oblastí:

- pohlaví, věk;
- prevalenci užívání návykových látek;
- prevalenci užívání návykových látek v posledním roce;
- prevalenci užívání návykových látek v posledním měsíci;
- frekvenci užívání návykových látek;
- věk prvního užití návykových látek;
- názory k užívání návykových látek.

Vzhledem k tomu, že odpovědi na výše uvedené oblasti jsou velmi citlivé a byly získány přímou dotazníkovou metodou, je u nich vysoké riziko zkreslení skutečného stavu pramenící (Zábranský, 2003):

- z přirozené obavy ze zneužití údajů (čímž může dojít k podcenění reálného stavu);
- ze snahy respondentů „zvýšit“ své hodnocení uváděním „světáckého“ chování (čímž může dojít k přecenění reálného stavu).

Důvody nesprávného vyplnění dotazníku mohou být různé, např.: obavy z nezaručení anonymity a zneužití odpovědí dotazníků, neochota respondenta účastnit se výzkumu,

nedostatečné vysvětlení cíle a výstupů výzkumu, nezajímavá grafická podoba dotazníku, přílišná délka dotazníku či příliš osobní otázky.

Všechny dotazníky byly distribuovány osobně a vyplňovány v přítomnosti tazatele. Důvodem tohoto způsobu byla domněnka opírající se o přesvědčení, že v tomto případě budou respondenti odpovídat pravdivěji než při vyplňování samostatně bez tazatele a pak v následném navrácení dotazníků v tištěné podobě prostřednictvím služeb České pošty nebo elektronicky. Osobní návštěvě předcházelo podrobné telefonické obeznámení s náplní a účelem výzkumu ředitelů vybraných ústavních zařízení. Abychom eliminovali možnost únavy respondentů a tím pádem i povrchní vyplňování, byly dotazníky vyplněny během dvou návštěv provedených zhruba s týdenním odstupem.

4 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor představovali všichni adolescenti ve věku 15 až 18 let, kteří byli v době konání výzkumného šetření umístěni v ústavních zařízeních v Plzeňském kraji a Hlavním městě Praze. Jednalo se o výběr záměrný. Specifičtější lze říci, že šlo o *záměrný výběr přes instituce* (Miovský, 2006). V Plzeňském kraji proběhl sběr dat v období od února 2012 do dubna 2012, v Hlavním městě Praze pak v období od prosince 2012 do ledna 2013.

Při oslovování jednotlivých ústavních zařízení se vycházelo z rejstříku školských zařízení, který na svých stránkách uvádí Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Studie byla provedena v celkem 15 ústavních zařízeních, z toho v 10 zařízeních v Plzeňském kraji v okresech Plzeň-město, Plzeň-jih, Klatovy, Domažlice, Tachov a v 5 zařízeních v Praze (viz Tabulka 25).

Tabulka 25: Přehled školských zařízení v Plzeňském kraji a Hlavním městě Praze

Kraj	Okres	Druh zařízení
Plzeňský kraj	Domažlice	Dětský domov, Horšovský Týn
		Výchovný ústav, dětský domov se školou, základní škola, střední škola a školní jídelna, Hostouň
		Dětský domov, Staňkov
	Klatovy	Dětský domov se školou, základní škola a školní jídelna, Měcholupy
		Dětský domov, Kašperské Hory
	Plzeň-město	Dětský domov DOMINO, Plzeň
	Plzeň-jih	Dětský domov, Nepomuk
	Rokycany	Výchovný ústav, střední škola a školní jídelna, Terešov
	Tachov	Dětský domov Črylístek, Planá
		Dětský domov, Tachov
Hl. město Praha	Praha-město	Dětský domov se školou, základní škola a školní jídelna, Praha 2
		Dětský domov a Školní jídelna, Praha 9 – Klánovice
		Dětský domov a Školní jídelna, Praha 9 – Dolní Početnice
		Radost – dětský domov, o.p.s., Dolní Měcholupy
		Výchovný ústav, středisko výchovné péče Klíčov, základní škola, praktická škola a školní jídelna, Praha 9

Do výzkumu nebyly zařazeny diagnostické ústavy, které by značně ovlivnily výsledky (zejména frekvenci užívání návykových látek), z důvodu nemožnosti samovolně opustit zařízení.

Všichni adolescenti participovali dobrovolně, ojediněle provázeli vyplňování dotazníku zlehčující komentář. Do elektronické podoby bylo převedeno celkem 204 dotazníků. Při

optických kontrolách bylo vyřazeno 8 dotazníků, v nichž byl uveden věk mimo povolené rozpětí a 1 dotazník, v němž nebylo uvedeno pohlaví. Výběrový soubor tedy tvoří 195 respondentů (viz Tabulka 26).

Tabulka 26: Vyřazené dotazníky po provedené optické kontrole

Důvody vyřazení dotazníků	N	%
Věk mimo povolené rozpětí	8	3,9
Chybí pohlaví	1	0,5

Soubor jsme se rozhodli charakterizovat podle věku, pohlaví a typu zařízení. Po dohodě se zástupci ústavních zařízení jsme dalším charakteristikám (z mnohých lze zmínit například vzdělání, dobu strávenou v ústavním zařízení, důvody umístění do ústavního zařízení aj.) nevěnovali pozornost z důvodu značné heterogenity a nemožnosti nahlížet do osobní dokumentace. Z dalších důvodů uvádíme například následující:

- *Vzdělání.* Z běžné praxe víme, že často není adolescenty rozlišováno mezi jednotlivými typy škol. Naše mínění se potvrdilo i v rámci předvýzkumu, v němž byla uváděna za nejčastěji studovanou základní škola a střední odborná škola, ačkoliv tomu tak ve skutečnosti nebylo.
- *Důvody umístění do ústavního zařízení.* Důvody pro umístění do ústavního zařízení mohou být různé. Nejčastěji však dochází k jejich vzájemnému prolínání a je obtížné určit hlavní příčinu.

Charakteristika souboru podle pohlaví a věku

Celkem se výzkumu zúčastnilo 195 dětí ve věku od 15 do 18 let. Průměrný věk byl 16,42 let (chlapci 16,58 let, dívky 16,12 let). Výzkumu v *Hlavním městě Praze* se zúčastnilo celkem 61 adolescentů, z toho 34 chlapců (55,7 %) a 27 dívek (44,3 %). Nejvíce adolescentů bylo ve skupině 16letých (viz Tabulka 27). Výzkumu v *Plzeňském kraji* se zúčastnilo celkem 134 adolescentů, z toho 92 chlapců (68,6 %) a 42 dívek (31,4 %). Nejvíce adolescentů bylo ve skupině 15letých (viz Tabulka 28).

Tabulka 27: Výzkumný soubor podle pohlaví a věku v Praze

Věková kategorie	Pohlaví					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
	N	%	N	%	N	%
15	8	13,1	7	11,5	15	24,6
16	10	16,4	9	14,8	19	31,1
17	8	13,1	4	6,6	12	19,7
18	8	13,1	7	11,5	15	24,6
Celkem	34	55,7	27	44,3	61	100,0

Tabulka 28: Výzkumný soubor podle pohlaví a věku v Plzni

Věková kategorie	Pohlaví					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
	N	%	N	%	N	%
15	22	16,4	21	15,7	43	32,1
16	20	14,9	8	6,0	28	20,9
17	21	15,7	8	6,0	29	21,6
18	29	21,6	5	3,7	34	25,4
Celkem	92	68,7	42	31,3	134	100,0

Charakteristika souboru podle typu zařízení a věku

Nejvíce respondentů účastnících se výzkumu bylo z dětských domovů, následovaly výchovné ústavy a nejméně jich bylo z dětských domovů se školou. Výzkumu v *Hlavním městě Praze* se zúčastnilo celkem 42 adolescentů z dětských domovů (68,9 %), 15 adolescentů z výchovných ústavů (24,6 %) a 4 adolescenti z dětského domova se školou (6,6 %) (viz Tabulka 29). Výzkumu v *Plzeňském kraji* se zúčastnilo celkem 74 adolescentů z dětských domovů (55,2 %), 32 adolescentů z výchovných ústavů (23,9 %) a 28 adolescentů z dětského domova se školou (20,9 %) (viz Tabulka 30).

Tabulka 29: Výzkumný soubor podle typu zařízení a věku v Praze

Věková kategorie	Typ zařízení							
	Dětský domov		Dětský domov se školou		Výchovný ústav		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
15	12	19,7	3	4,9	0	0,0	15	24,6
16	14	23,0	1	1,6	4	6,6	19	31,1
17	5	8,2	0	0,0	7	11,5	12	19,7
18	11	18,0	0	0,0	4	6,6	15	24,6
Celkem	42	68,9	4	6,6	15	24,6	61	100,0

Tabulka 30: Výzkumný soubor podle typu zařízení a věku v Plzni

Věková kategorie	Typ zařízení							
	Dětský domov		Dětský domov se školou		Výchovný ústav		Celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
15	23	17,2	19	14,2	1	0,7	43	32,1
16	13	9,7	9	6,7	6	4,5	28	20,9
17	18	13,4	0	0,0	11	8,2	29	21,6
18	20	14,9	0	0,0	14	10,4	34	25,4
Celkem	74	55,2	28	20,9	32	23,9	134	100,0

Charakteristika souboru podle kraje a věku

Celkem se výzkumu zúčastnilo 61 respondentů z Hlavního města Prahy (31,3 %) a 134 respondentů z Plzeňského kraje (68,7 %) (viz Tabulka 31).

Tabulka 31: Výzkumný soubor podle kraje a věku

Věková kategorie	Kraj					
	Hlavní město Praha		Plzeňský		Celkem	
	N	%	N	%	N	%
15	15	7,7	43	22,1	58	29,7
16	19	9,7	28	14,4	47	24,1
17	12	6,2	29	14,9	41	21,0
18	15	7,7	34	17,4	49	25,1
Celkem	61	31,3	134	68,7	195	100,0

Charakteristika souboru podle zařízení

Zastoupení respondentů v jednotlivých zařízeních v Hlavním městě Praze a Plzeňském kraji znázorňuje tabulka 32.

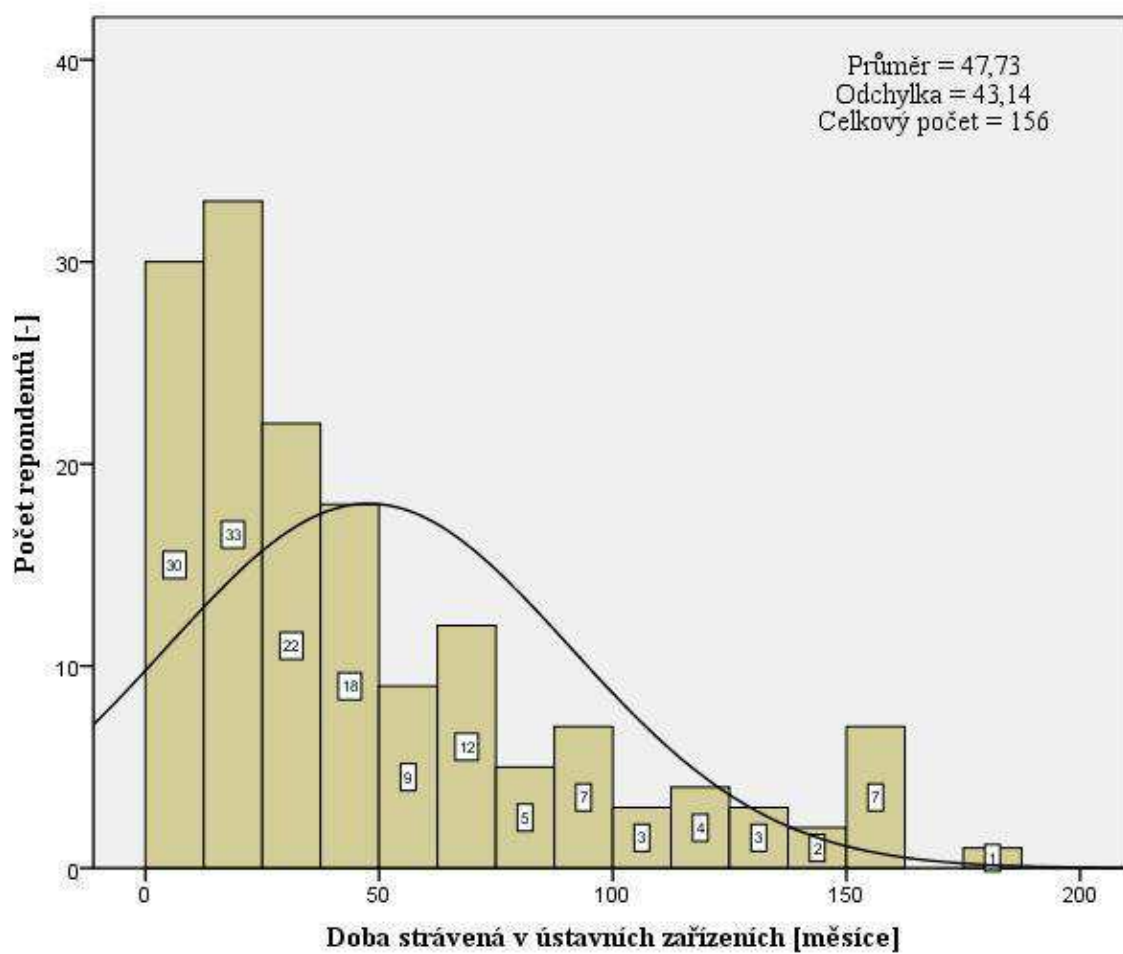
Tabulka 32: Výzkumný soubor podle zařízení

Pořadí	Zařízení	Kraj	N	%
1	Dolní Počernice	Praha	15	7,7
2	Jana Masaryka		4	2,1
3	Klánovice		16	8,2
4	Dolní Měcholupy		11	5,6
5	Klíčov		15	7,7
6	Horšovský Týn	Plzeňský kraj	18	9,2
7	Planá		8	4,1
8	Staňkov		7	3,6
9	Nepomuk		10	5,1
10	Terešov		22	11,3
11	Tachov		5	2,6
12	Plzeň		15	7,7
13	Kašperské Hory		11	5,6
14	Měcholupy		28	14,4
15	Hostouň		10	5,1

Charakteristika souboru podle doby strávené v ústavním zařízení

Celkovou dobu strávenou v ústavních zařízeních znázorňuje graf 1. Z celkového počtu 195 respondentů uvedlo celkovou dobu strávenou v ústavních zařízeních nebo jednotlivé doby strávené postupně v různých typech ústavních zařízení celkem 156 respondentů.

Graf 1: Výzkumný soubor podle počtu měsíců strávených v ústavních zařízeních



5 Etické zásady

Ochrana účastníků studie skýtá mnoho rizik a morálních dilemat. Existuje zde konflikt mezi přáním badatele zabývat se tématem, které ho zajímá a které je v současné době aktuální, a právem jedinců na jejich soukromí. Úsilí o dobrý výzkum může vést k poškozování osobnosti člověka, jeho jména a může zasahovat do jeho soukromí. Naopak snaha respektovat soukromí a osobnost jedince může výrazně ovlivnit či zkomplikovat výzkumnou studii (Sociologický datový archiv Sociologického ústavu AV ČR [b.r.]).

S osobními daty bylo nakládáno v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Osobními údaji myslíme informace, které jsme v rámci výzkumu získaly a na jejichž základě by bylo možné konkrétní osobu identifikovat. V průběhu celého výzkumu byly dodržovány základní etické zásady. Byl vyžádán písemný informovaný souhlas zúčastněných osob, popřípadě jejich zákonných zástupců (viz Příloha C). Při získání informovaného souhlasu byli všichni účastníci informováni:

- o dobrovolnosti účastnit se výzkumu;
- o účelu výzkumu, jeho trvání a průběhu;
- o právech účastníků na odstoupení od výzkumu kdykoliv v jeho průběhu;
- o míře zachování důvěrnosti během výzkumu a při využívání výsledků;

Účast byla dobrovolná a všichni zúčastnění s výzkumem souhlasili. Byla zachována anonymita a poskytnuté informace byly považovány za důvěrné. Na základě slíbené anonymity byli respondenti ochotni spolupracovat a poskytovat citlivé údaje. Získaná data byla použita pouze pro účely výzkumu.

6 Analýza dat

Analýza dat proběhla ve třech krocích. V prvním kroku byla data pražských a plzeňských respondentů srovnána s celorepublikovou populací z výzkumu ESPAD 2007. Kromě celého výzkumného souboru byly porovnány dílčí soubory – pražští respondenti, plzeňští respondenti, muži a ženy a podobně.

V druhém kroku byly analyzovány a graficky znázorněny odpovědi respondentů na otázky, které nebyly součástí srovnání v prvním kroku.

Ve třetím kroku byla analyzována data výzkumného souboru pomocí metody shlukové analýzy s využitím možností programu IBM SPSS Statistics. Cílem analýzy bylo rozdělení výzkumného souboru do několika vzájemně odlišných skupin, popis vlastností těchto skupin a jejich vzájemné porovnání. Diskutována byla citlivost výsledků shlukové analýzy vůči velikosti výzkumného souboru.

6.1 Srovnání výzkumného souboru s daty ESPAD 2007

Porovnání dat ESPAD 2007 (označení „espad07“ v grafech) s respondenty z Prahy (označení „praha13“ v grafech) a respondenty z Plzeňského kraje (označení „plzen13“ v grafech) a respondenty ze všech ústavních zařízení Prahy a Plzeňského kraje (označení „celkem13“ v grafech) je znázorněno na následujících grafech.

Celoživotní zkušenost s užíváním vybraných drog a jiných psychotropních látek (konopné látky, extáze, LDS, pervitin, opiáty, těkavé látky) (viz Graf 3, 4, 5) je u celorepublikové populace až na jednu výjimku nižší než u výzkumného souboru z ústavních zařízení. Jedinou výjimkou je zkušenost pražských mužů s těkavými látkami, ale rozdíl mezi oběma skupinami je malý (7,0 % celorepubliková populace a 6,7 % výzkumný soubor z ústavních zařízení). Zkušenost s konopnými látkami je u obou skupin obdobná, v ústavních zařízeních je o třetinu vyšší. Zkušenost s ostatními návykovými látkami s výjimkou pervitinu je 2,5 až 4násobná, u pervitinu téměř 7násobná.

Nejvyšší celoživotní zkušenost je u konopných látek, u všech skupin je vyšší než 45 %. Další pořadí celoživotní zkušenosti s návykovými látkami pro výzkumný soubor z ústavních zařízení je následující: 2. pervitin, 3. LSD, těkavé látky a extáze, 4. opiáty. Pro celorepublikovou populaci je další pořadí následující: 2. těkavé látky, 3. LSD a extáze,

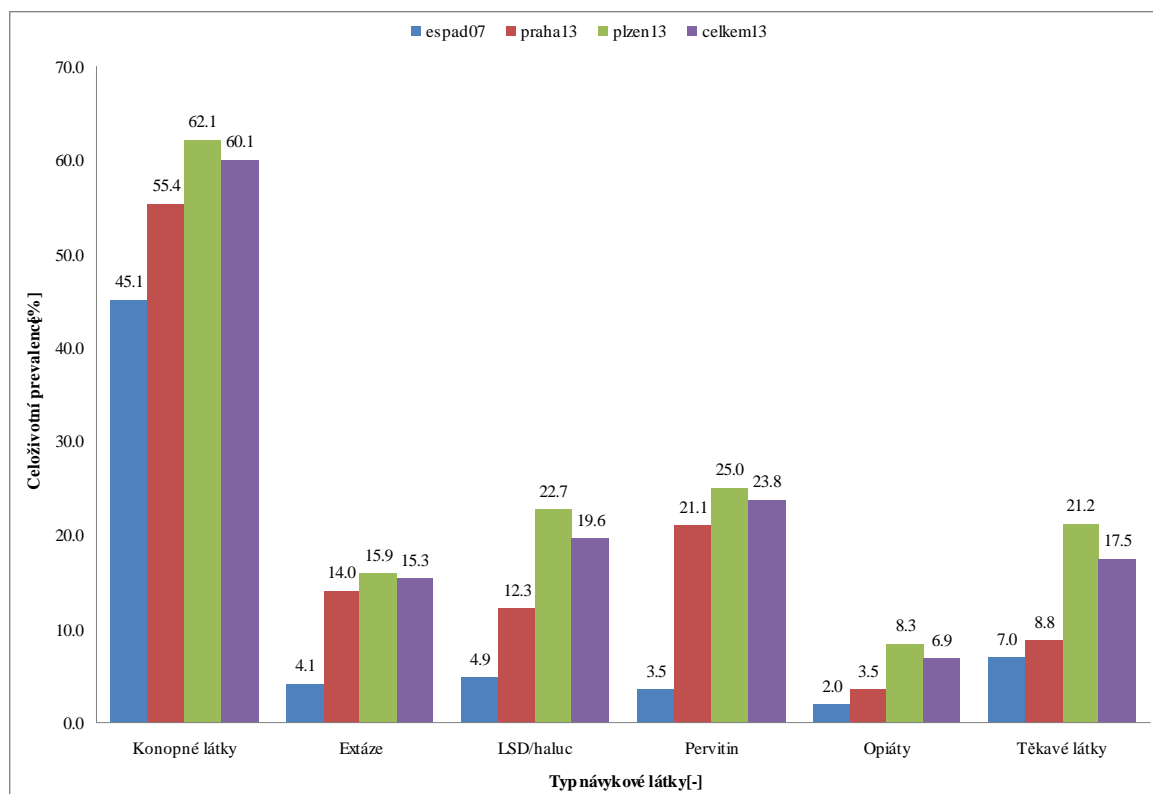
4. pervitin, 5. opiáty. Respondenti z ústavních zařízení tedy nejen užívají návykové látky častěji, ale rovněž rizikověji – celoživotní zkušenost s pervitinem je u respondentů z ústavních zařízení oproti jiným návykovým látkám vyšší, u celorepublikové populace je zkušenost s pervitinem oproti ostatním návykovým látkám podstatně nižší.

Nejvyšší rozdíl v celoživotním užívání mezi celorepublikovou populací a souborem z ústavních zařízení je u pervitinu. Celorepublikově má zkušenost pouze 3,5 % adolescentů, v ústavních zařízeních je tato zkušenost 4násobná (plzeňské ženy 14,3 %) až 8,5násobná (plzeňští muži 30,0 %).

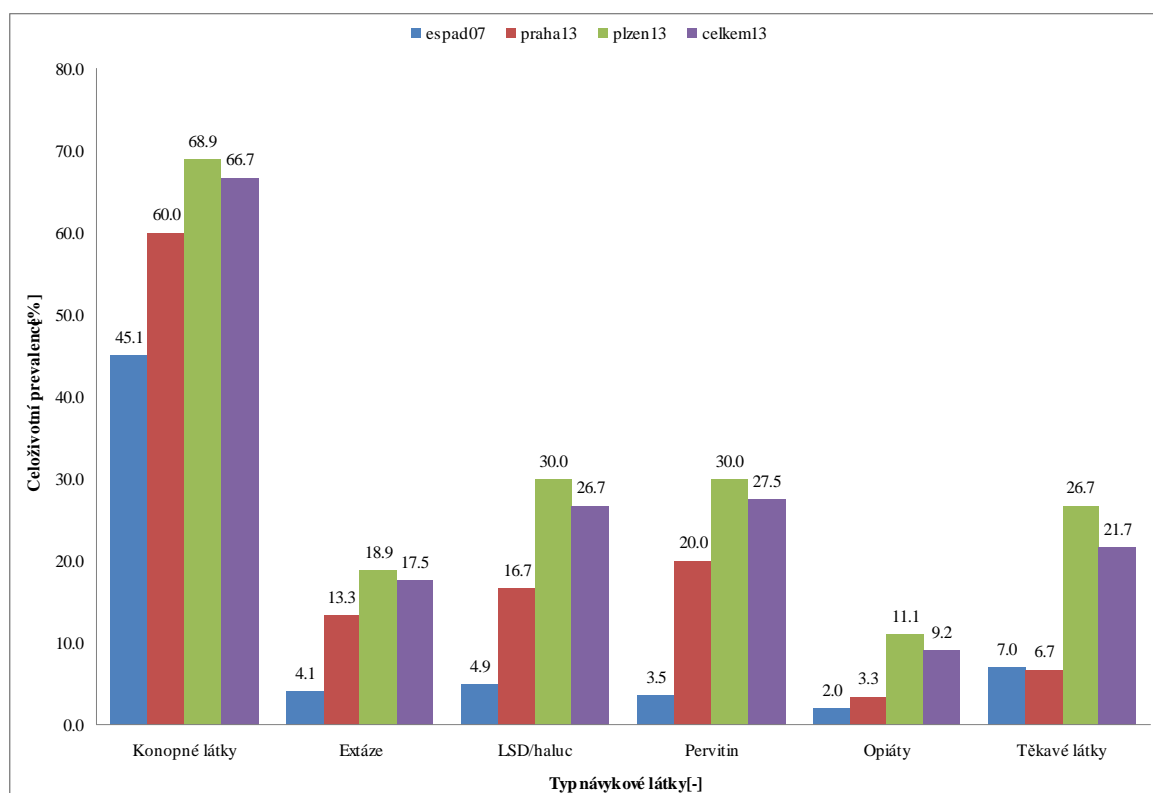
Porovnání podle pohlaví u souboru z ústavních zařízení je následující: Plzeňští muži mají vyšší celoživotní zkušenost než plzeňské ženy u všech návykových látek, s výjimkou konopných látek jde o 2násobek u extáze, pervitinu a těkavých látek a o 4násobek u LSD a opiátů. Pražští muži a ženy se výrazněji neliší, rozdíl do 20 % je u celoživotní zkušenosti s konopnými látkami, extáze, pervitinu a opiáty. U těkavých látek je rozdíl 40 %, u LSD je 2násobný rozdíl. Pražští muži mají vyšší celoživotní zkušenost než pražské ženy jen u konopných látek a LSD.

Porovnání podle kraje u souboru z ústavních zařízení není směrodatné, protože u obou krajů jsou rozdíly mezi muži a ženami opačné – v Praze mají srovnatelnou až mírně vyšší celoživotní zkušenost ženy, v Plzeňském kraji mají několikanásobně vyšší celoživotní zkušenost muži.

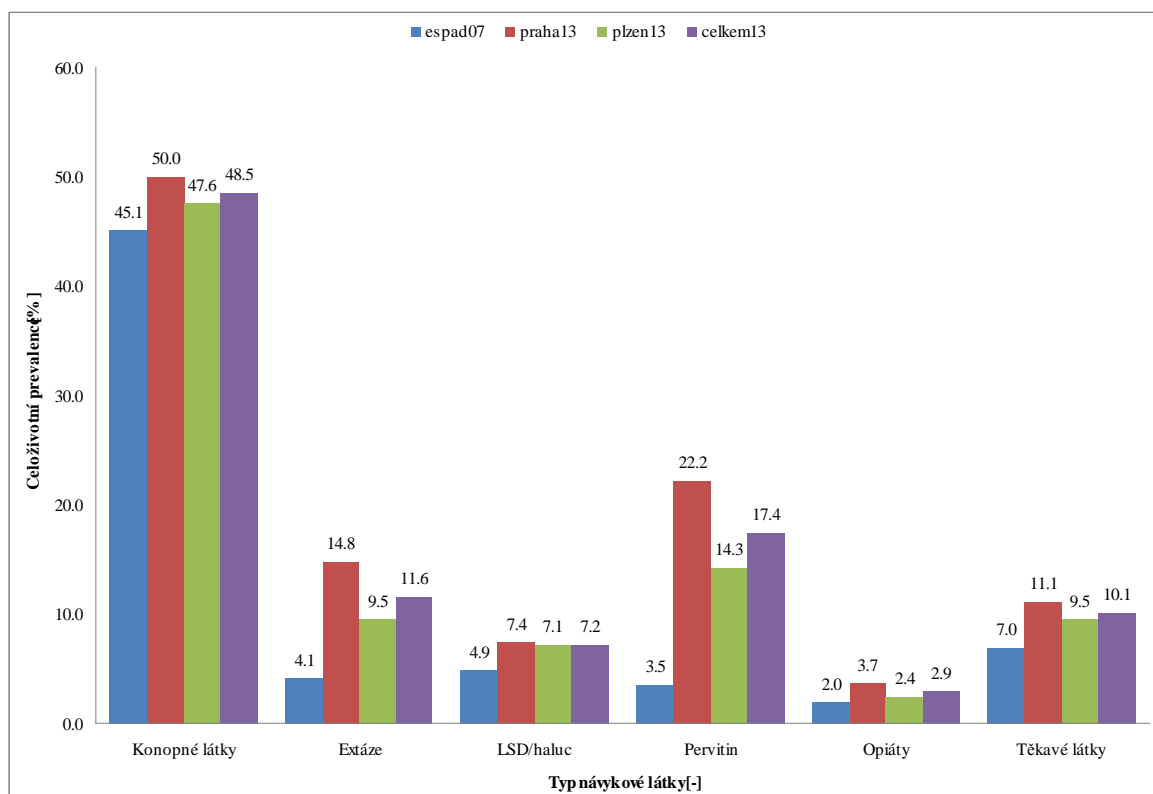
Graf 3: Celoživotní zkušenost s užíváním drog a jiných psychoaktivních látek



Graf 4: Celoživotní zkušenost s užíváním drog a jiných psychoaktivních látek, muži (ESPAD všichni)



Graf 5: Celoživotní zkušenost s užíváním drog a jiných psychoaktivních látek, ženy (ESPAD všichni)



Na grafech 6 až 23 jsou znázorněny četnosti první zkušenosti s vybranými návykovými látkami podle věku, ve kterém k první zkušenosti došlo. Na každém obrázku je zobrazena distribuce věku první zkušenosti vybraného pohlaví vybrané návykové látky pro celorepublikovou populaci (espad07) a pro části nebo celý výzkumný soubor respondentů z ústavních zařízení (praha13, plzen13, celkem13). Zobrazeno je celkem 8 různých návykových látek nebo způsobu jejich užívání.

První zkušenost s marihuanou mají obě pohlaví ve věku do 13 let vyšší u souboru z ústavních zařízení než u celorepublikové populace. Nejvyšší rozdíl je u žen ve věku do 11 let, kde první zkušenost s marihuanou jich má za sebou 8.8 % u skupiny z ústavních zařízení, ale jen 1.1 % u celorepublikové populace. Ve věku 14 a 15 let je zhruba 2x vyšší podíl adolescentů s první zkušeností s marihuanou u celorepublikové populace než u souboru z ústavních zařízení. Věková skupina 16+ už se chová jako skupina pod 13 let, kde je vyšší podíl u souboru z ústavních zařízení. Nejpravděpodobnější věk první zkušenosti s marihuanou je u celorepublikové populace a u souboru z Prahy 15 let, u souboru z Plzeňského kraje je nejpravděpodobnějším věkem sloučená skupina do 11 let. Obě pohlaví se nejpravděpodobnějším věkem první zkušenosti s marihuanou neliší.

Extáze se oproti marihuaně liší v podstatně nižší celkové zkušenosti, která je nejvyšší u plzeňských mužů (celoživotní zkušenost 20 %). U celorepublikové populace je nejčastější první zkušenost s extází v 15 letech, celoživotní zkušenost je pod 5 %. Soubor z ústavních zařízení je rozdělen na plzeňské muže a pražské ženy na jedné straně a plzeňské ženy a pražské muže na straně druhé. U první skupiny je celoživotní zkušenost u 20 % z nich s nejčastější první zkušeností v 14 a 15 letech, u druhé je pouze 10% s nejčastější zkušeností ve věkové skupině 16+.

Alkohol je adolescenty rozdělen na pivo a víno v první skupině, a na destiláty a opilstvo ve skupině druhé. Věková distribuce první zkušenosti s pivem nebo vínem je u všech skupin adolescentů obdobná, pozorovatelná jsou dvě lokální maxima první zkušenosti - první maximum ve věkové skupině do 9 let a druhé mírně pohyblivé maximum 13 let u piva a 14 let u vína. Nejčastěji je prvním užívaným alkoholem pivo, druhým víno. Ve většině věkových skupin je vyšší první zkušenost s pivem nebo vínem u mužů než u žen. Celoživotní zkušenost s pivem nebo vínem u mužů i žen je celorepublikově zhruba 90 %, v ústavních zařízeních zhruba 70 % u žen bez výraznějšího rozptylu mezi kraji. U mužů

mělo v Plzni zhruba 90 % populace zkušenost s pivem nebo vínem jako u žen, ale v ústavních zařízeních Prahy byla celoživotní zkušenost nižší (86 % pivo, 64 % víno). Lze předpokládat, že ženy z ústavních zařízení mají nižší přístup k pivu a vínu, u mužů zůstává horší dostupnost pouze u vína v Praze.

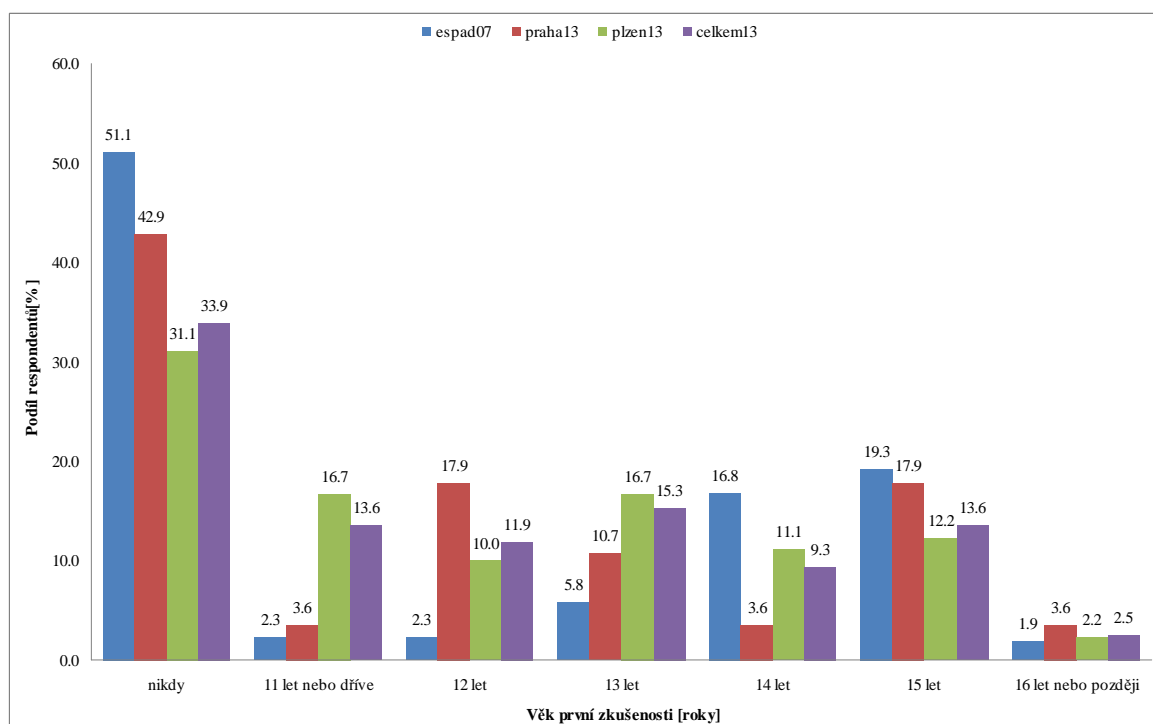
Destiláty a opilost mají ve věkové distribuci první zkušenosti pouze jediné maximum, které se pohybuje mezi 14 a 15 lety. Destiláty jsou s opilostí silně korelované a k první zkušenosti u obou z nich dochází déle než u piva nebo vína. Celoživotní zkušenost s opilostí má zhruba o 10 % populace méně než s destiláty. Rozdíly mezi muži a ženami u celorepublikové populace pro destiláty ani opilost nejsou, 20 % mužů a žen nemá zkušenost s destiláty a 30 % mužů a žen nemá zkušenost s opilostí. V ústavních zařízeních je rozdíl mezi muži a ženami. Vyšší celoživotní zkušenost s destiláty i opilostí u mužů je v Plzeňském kraji než v Praze, u žen je tomu naopak. Při srovnání republiky a ústavních zařízení je mezi pohlavími také rozdíl. Zatímco ženy mají nižší celoživotní zkušenost v ústavních zařízeních oproti celé republice, u mužů toto platí u všech kategorií s výjimkou opilosti v Plzni, kde je celoživotní zkušenost nejvyšší. Plzeňští muži jsou pravděpodobně schopni dobře lokalizovat Plzeňský pivovar a jeho produkty. U žen je, obdobně jako u piva nebo vína, zhoršená dostupnost v ústavních zařízeních. Další možnou interpretací výsledků je věk respondentů, protože ve věkových skupinách 14 let, 15 let a 16+ let jsou nižší zkušenosti v ústavních zařízeních, kde byl věk respondentů při vyplňování dotazníků nižší než u studie ESPAD.

Zkušenosti s pervitinem jsou v ústavních zařízeních výrazně vyšší. Celorepubliková populace má zkušenost pouze 3 % u mužů a 5 % u žen, v ústavních zařízeních se jedná minimálně o 20 %. V ústavních zařízeních Plzeňského kraje mají muži první výraznější zkušenost s pervitinem od 13 let s maximy ve 14 a 15 letech, v Praze mají první zkušenost až od 15 let. Plzeňské ženy mají rovnoměrně rozložen věk první zkušenosti s pervitinem, zatímco pražské ženy se chovají obdobně jako pražští muži.

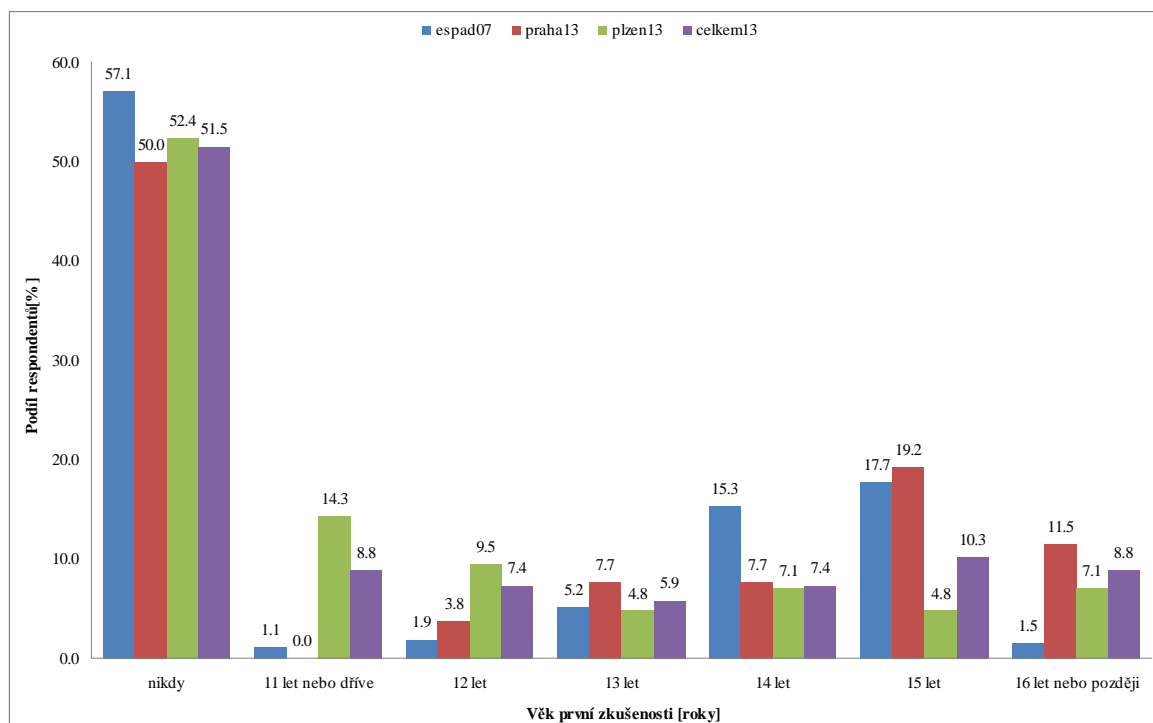
Kouření je oproti konzumaci alkoholu v ústavních zařízeních rozšířenějším zvykem než u celorepublikové populace. Celorepublikově nemá zkušenost s kouřením 20 % populace, v ústavních zařízeních je tento podíl poloviční, pouze okolo 10 % adolescentů nevyzkoušelo cigaretu. Dvě lokální maxima ve věkové distribuci první zkušenosti s kouřením jsou obdobná jako u konzumace alkoholu u celorepublikové populace a žen z ústavních zařízení. Muži z ústavních zařízení mají první zkušenost mladí, polovina z těch, kteří cigaretu zkusili, tak učinili do 9 let věku. Podíl adolescentů, kteří denně

nekouří, je dvojnásobný vůči počtu adolescentů, kteří cigaretu vyzkoušeli. Denní kouření cigaret, na rozdíl od vyzkoušení cigarety, není nejčastější do 9 let věku, ale dochází k němu později, až ve vyšším věku, s maximem u 14. roku.

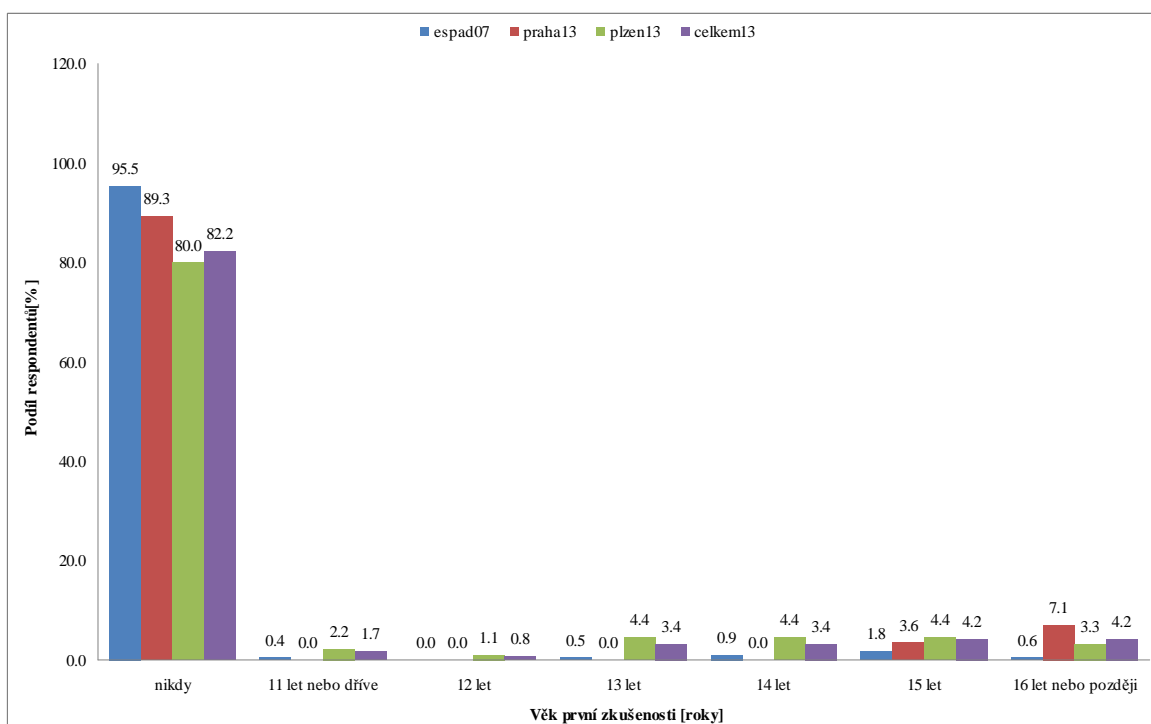
Graf 6: První zkušenost s marihuanou, muži



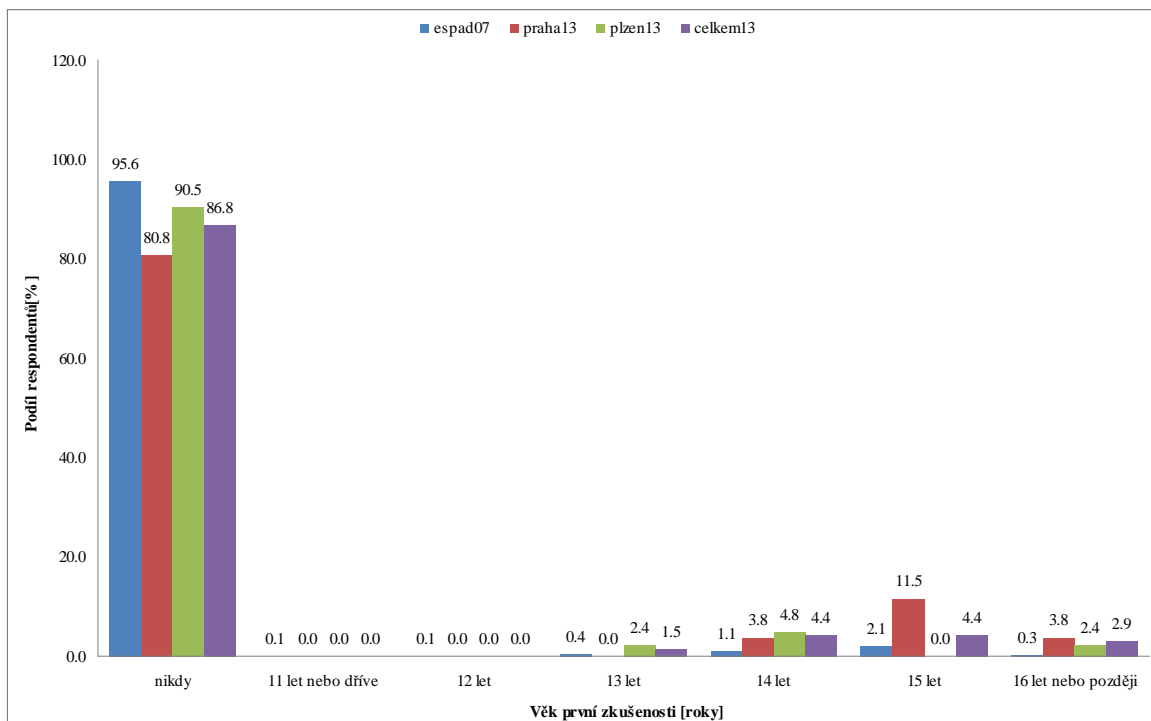
Graf 7: První zkušenost s marihuanou, ženy



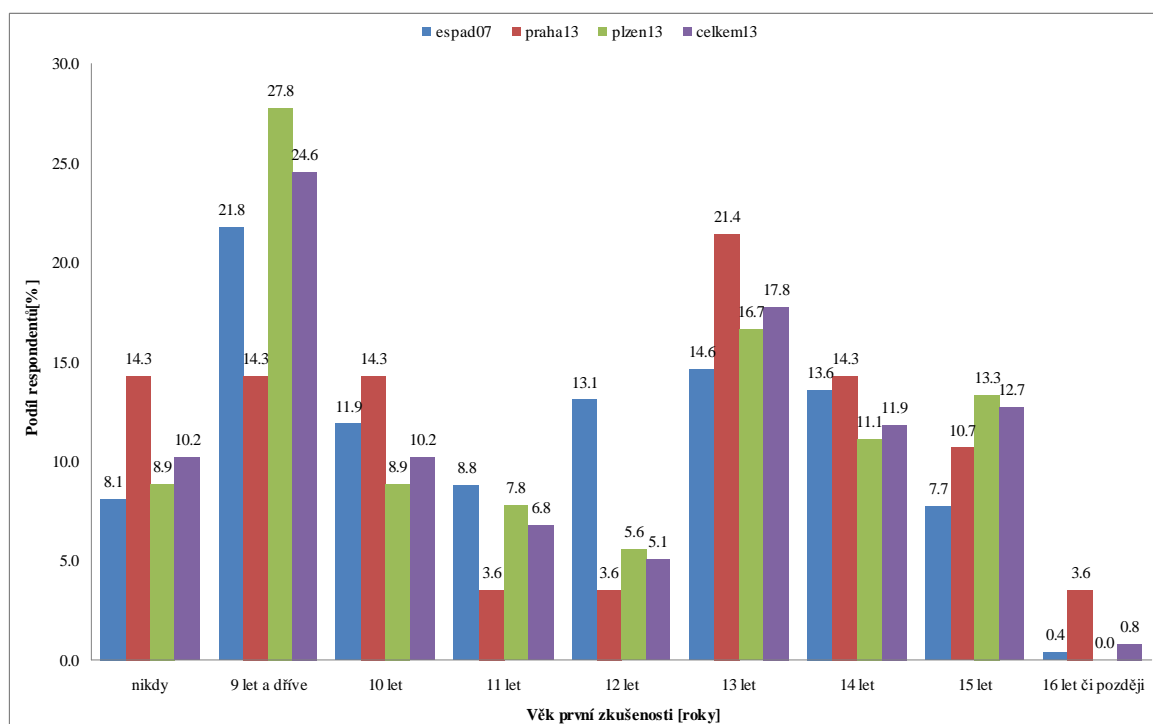
Graf 8: První zkušenost s extází, muži



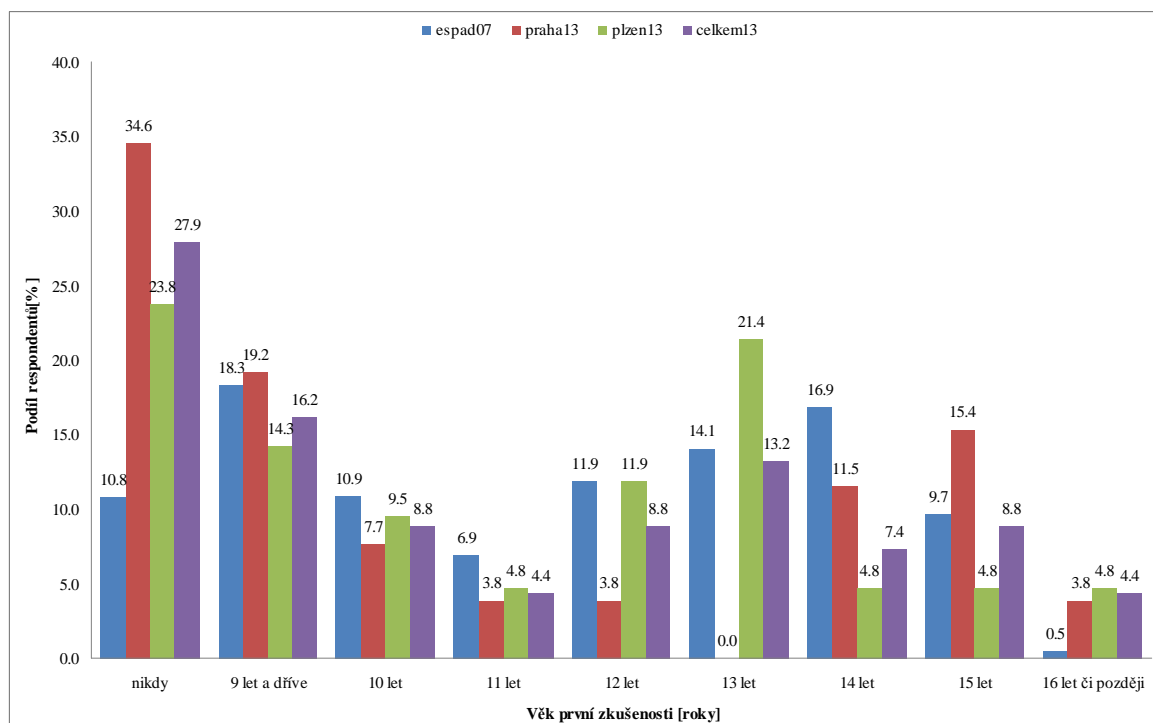
Graf 9: První zkušenost s extází, ženy



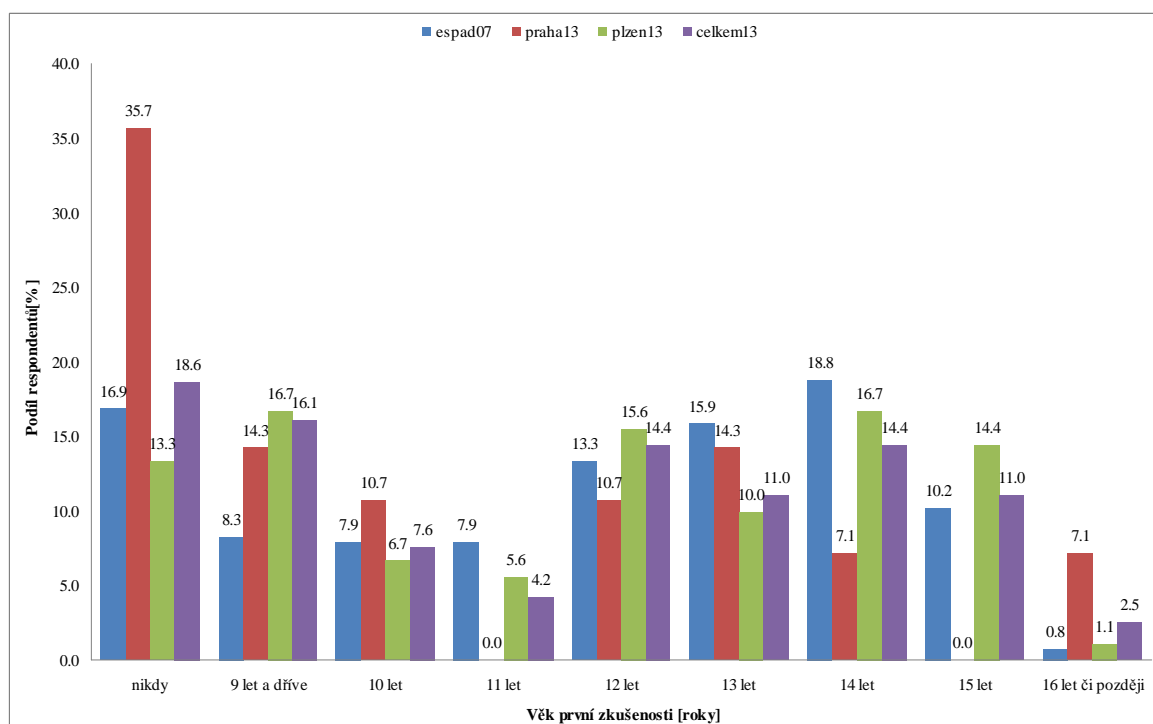
Graf 10: První zkušenost s pivem, muži



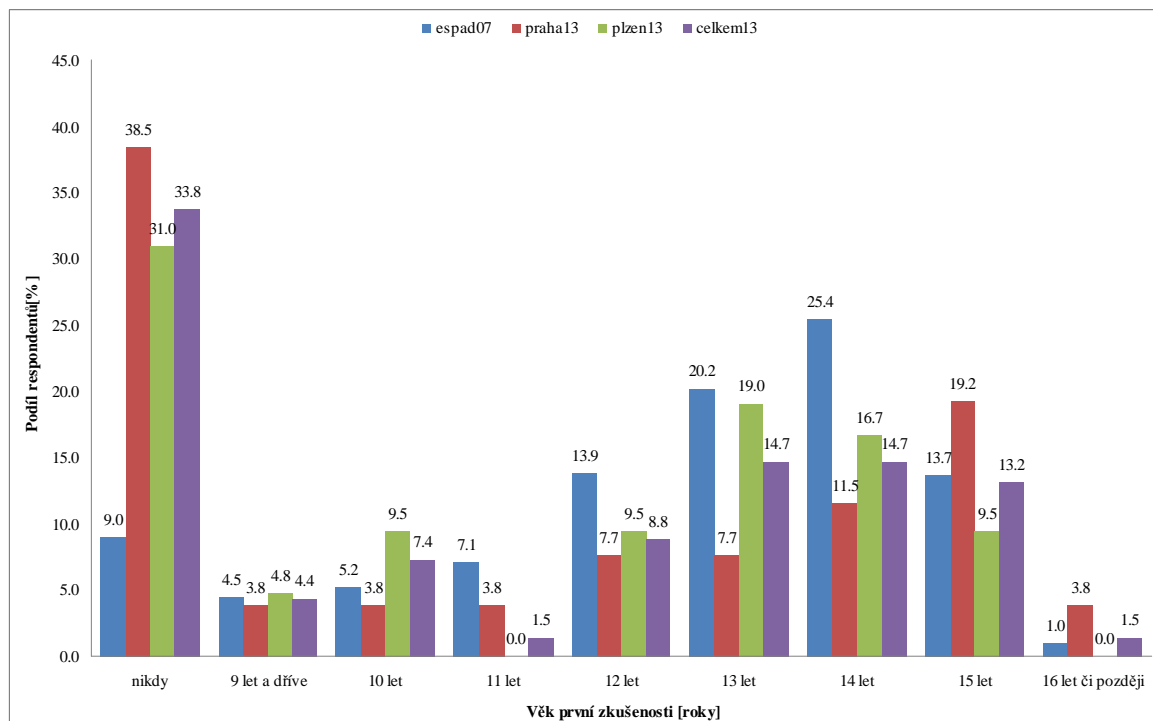
Graf 11: První zkušenost s pivem, ženy



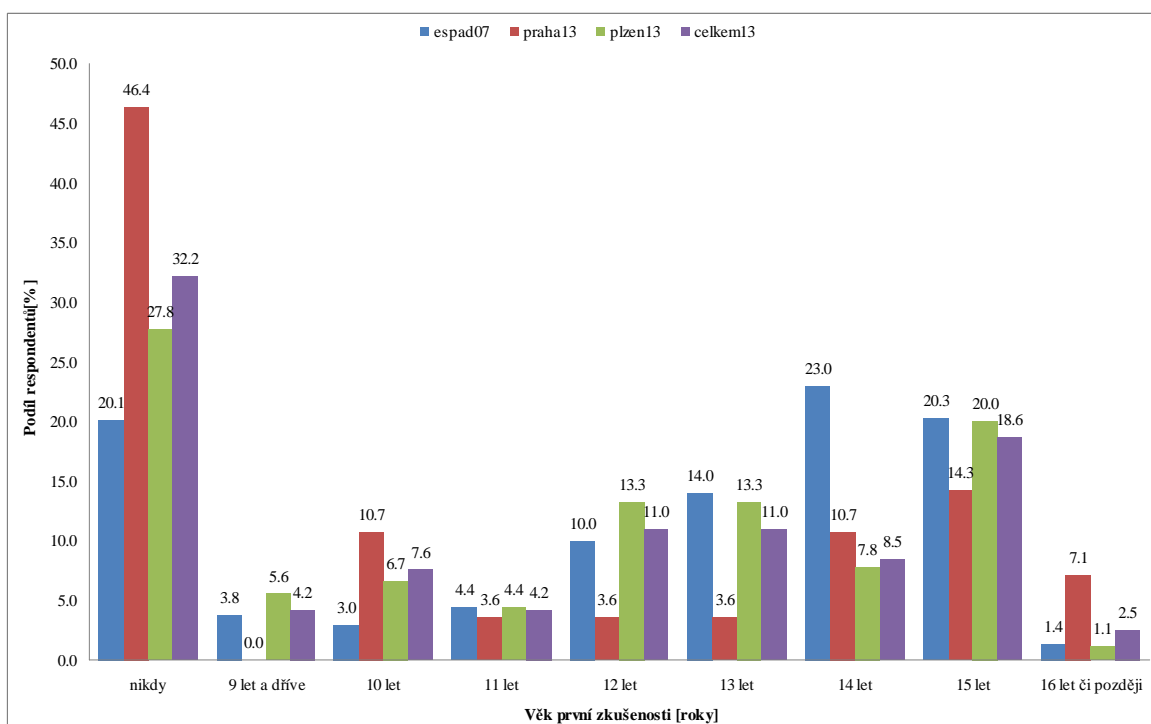
Graf 12: První zkušenost s vínem, muži



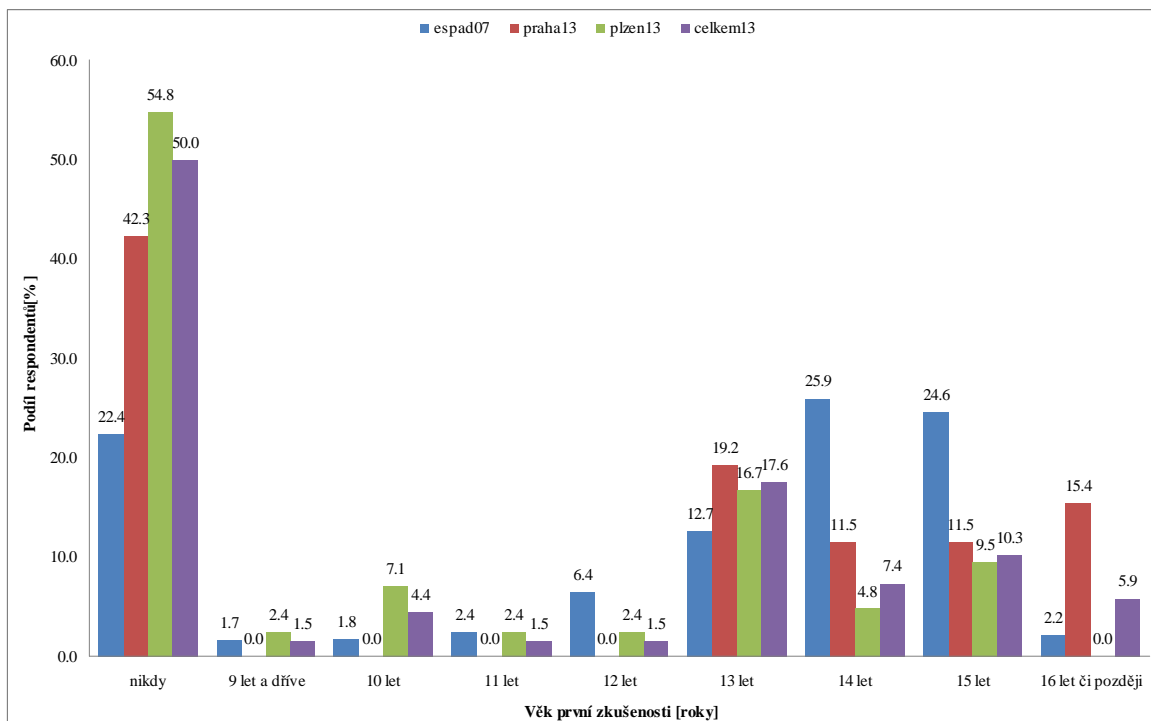
Graf 13: První zkušenost s vínem, ženy



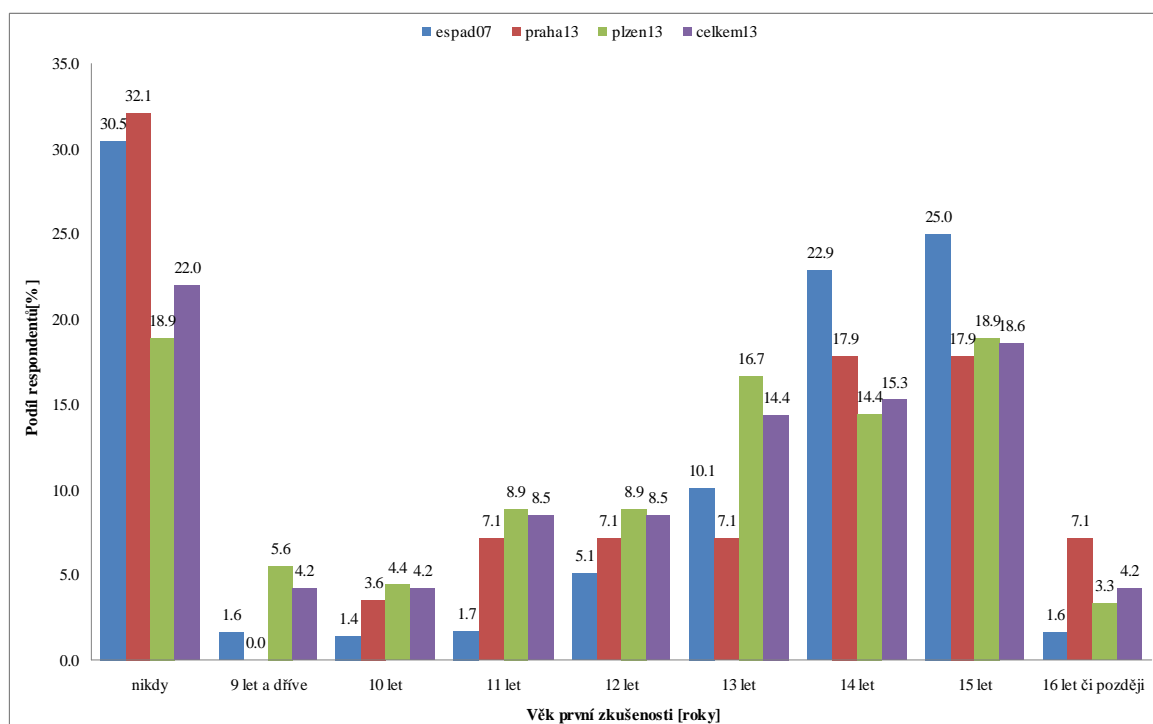
Graf 14: První zkušenost s destilátem, muži



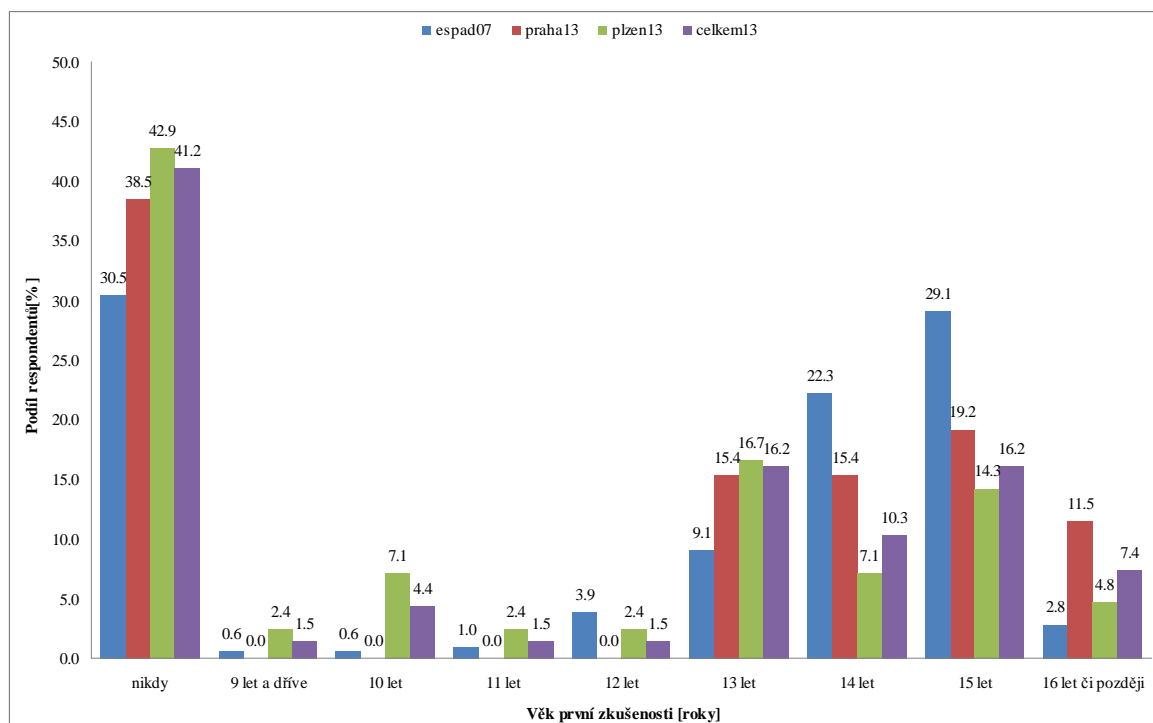
Graf 15: První zkušenost s destilátem, ženy



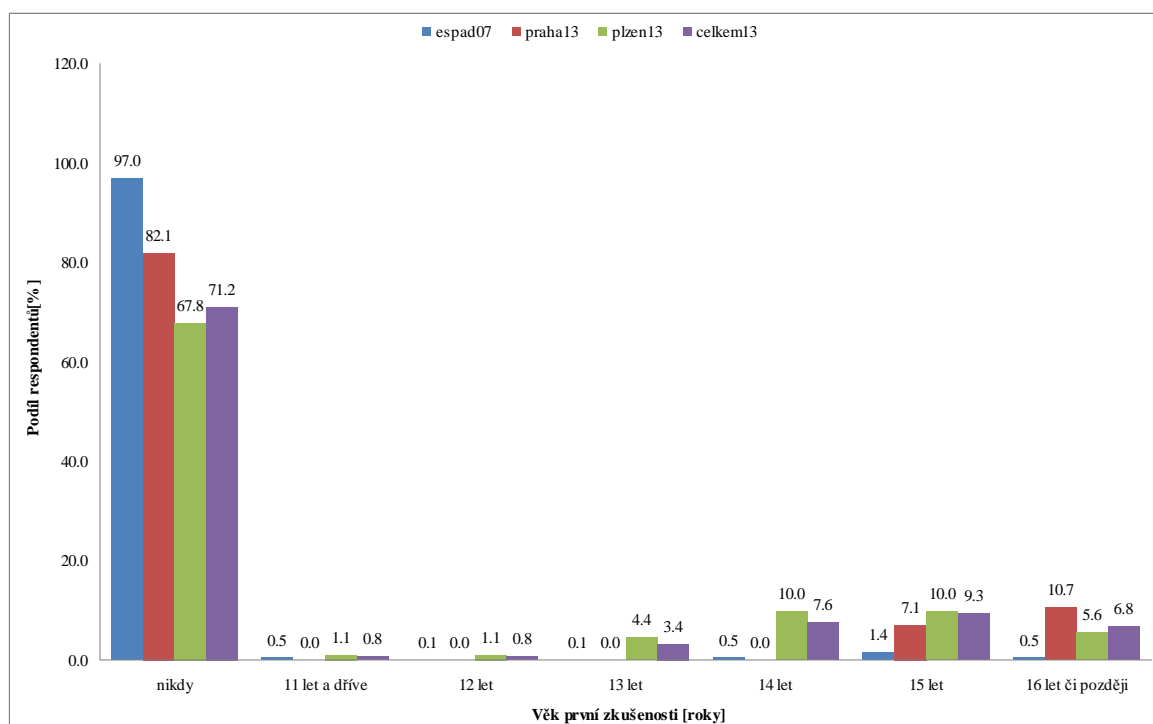
Graf 16: První zkušenost s opilostí, muži



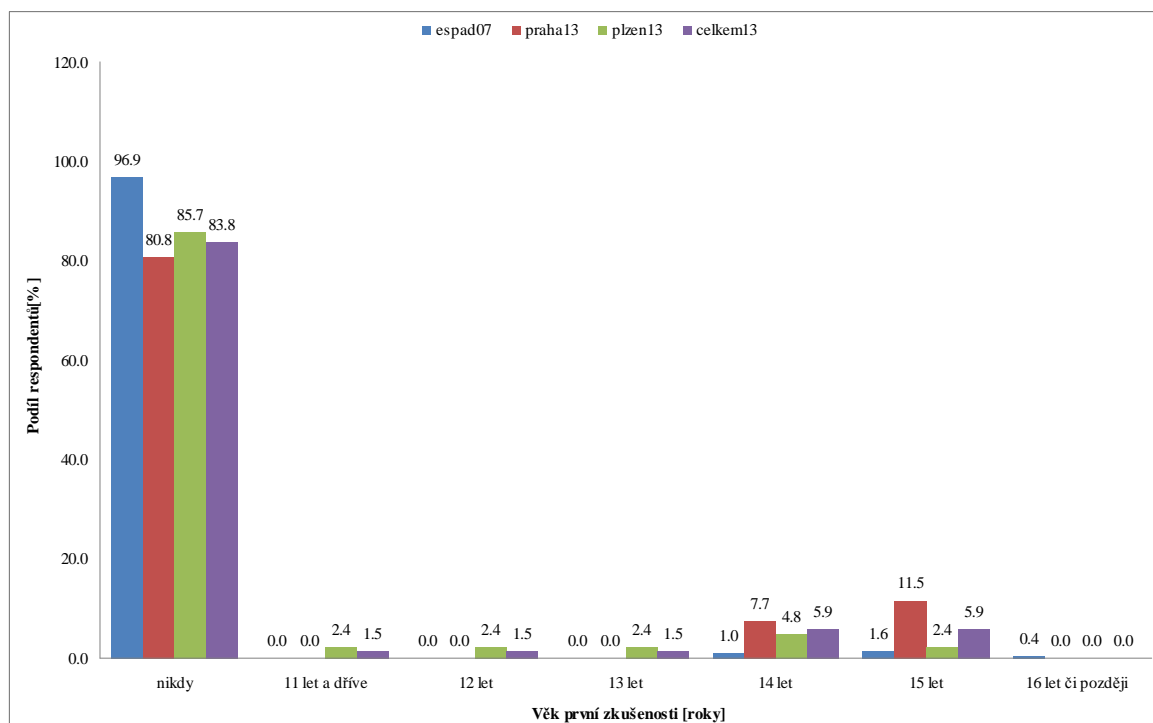
Graf 17: První zkušenost s opilostí, ženy



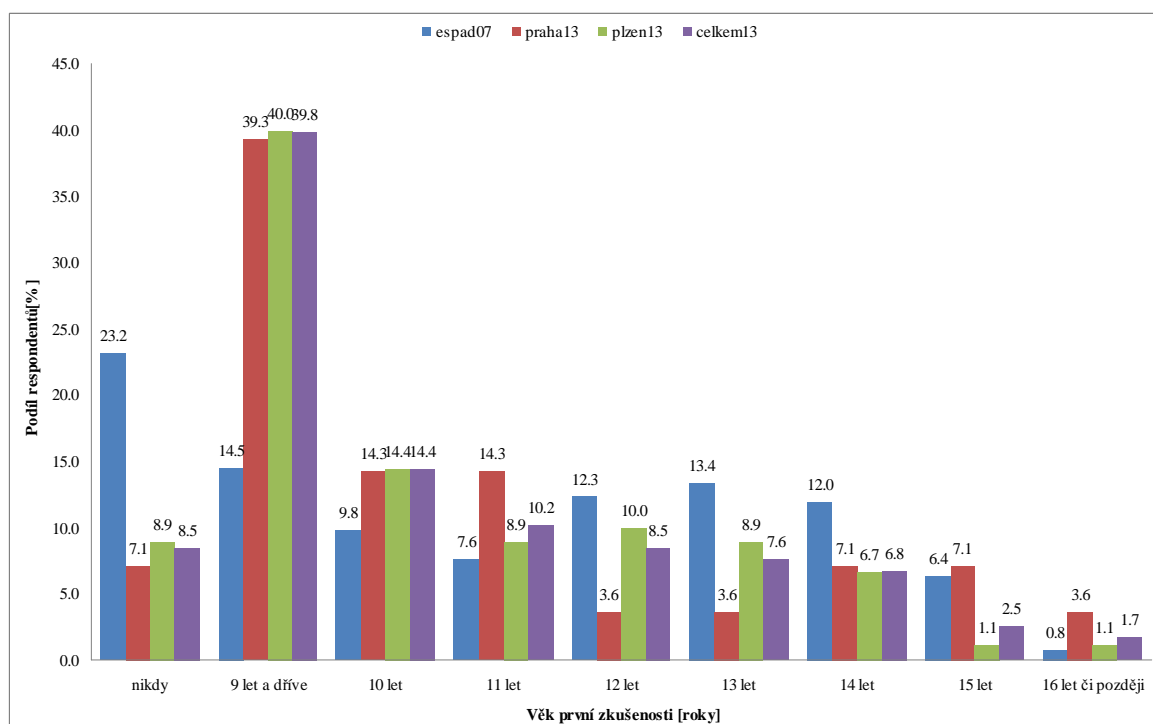
Graf 18: První zkušenost s pervitinem, muži



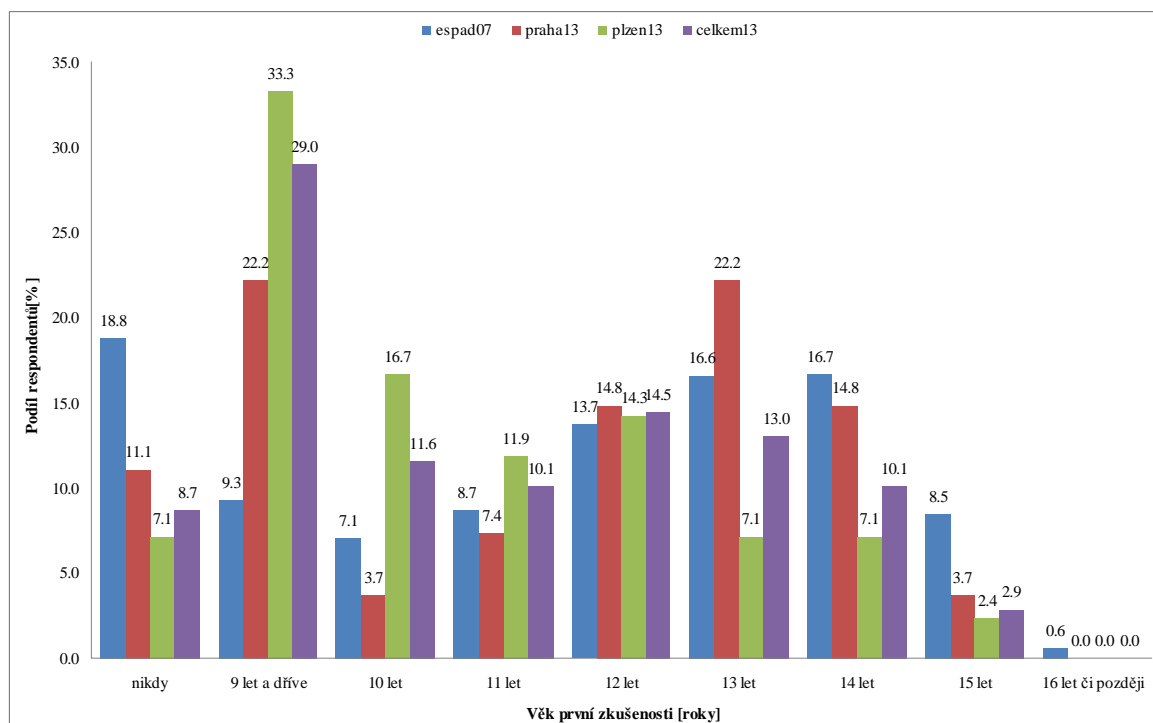
Graf 19: První zkušenost s pervitinem, ženy



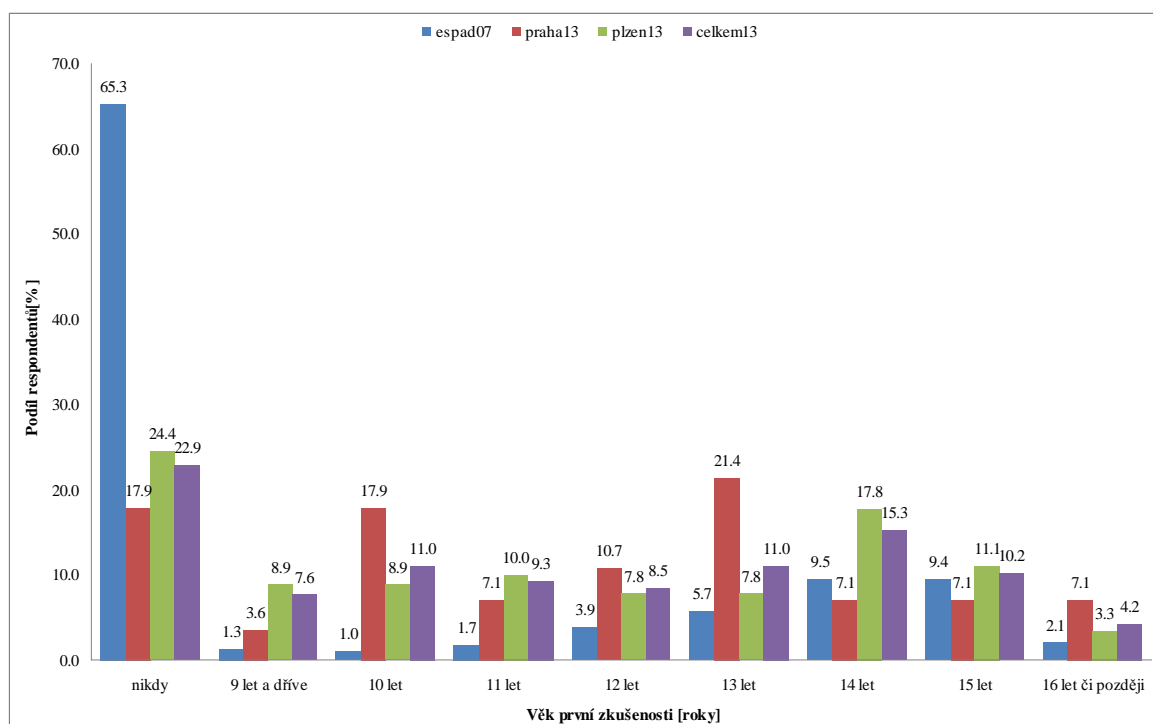
Graf 20: První zkušenost s cigaretami, muži



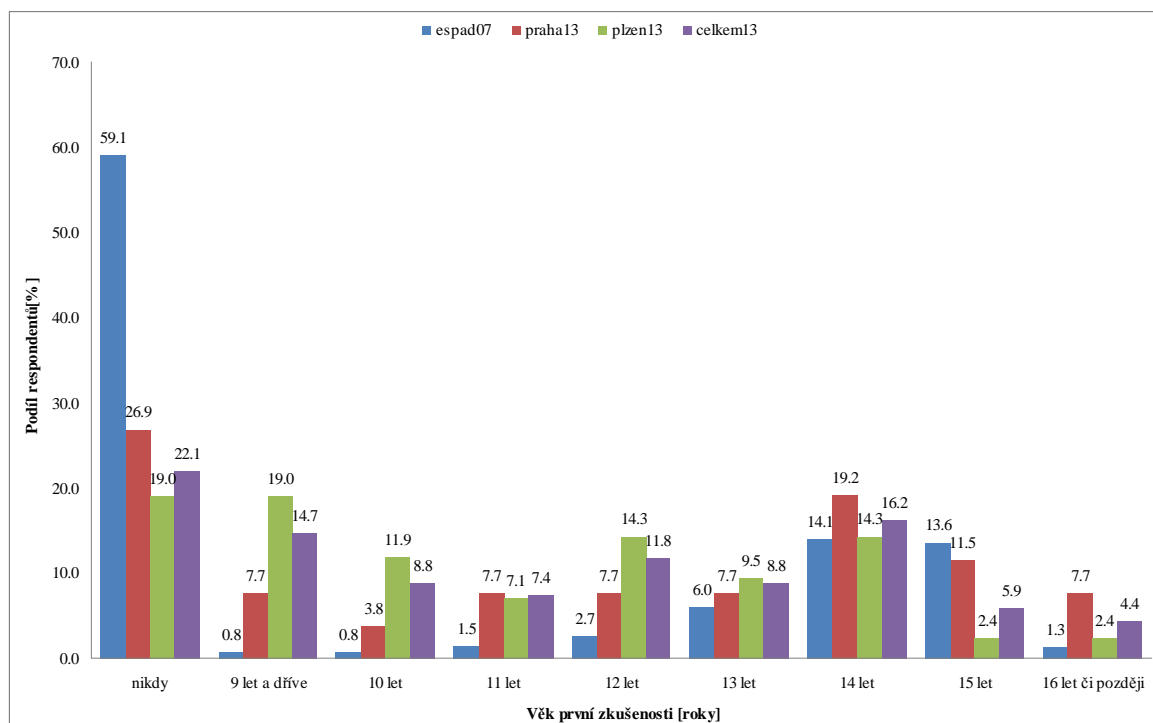
Graf 21: První zkušenost s cigaretami, ženy



Graf 22: Zkušenost s denním kouřením cigaret, muži



Graf 23: Zkušenost s denním kouřením cigaret, ženy



Grafy 24 až 28 rozšiřují oblast grafického znázornění dat oproti grafům 3 až 5. Namísto celoživotní zkušenosti jsou zobrazeny četnosti užívání na škále 6 nenulových hodnot (1-2x, 3x, 6-9x, 20-39x, 40x a vícekrát).

Na grafech četnosti užívání návykových látek jsou nejvíce vypovídající podíly respondentů s četností užívání 1-2krát (danou návykovou látku zkusili) a s četností 40krát a vícekrát (danou návykovou látku užívali často).

Počet užití konopných látek za celý život se mezi Prahou a Plzeňským krajem výrazněji neliší. Z mužských uživatelů zhruba 10 % konopnou látku zkusilo a 40 až 60 % jí užívalo často. Ženy z ústavních zařízení jsou rozděleny zhruba na třetiny, kdy třetina konopnou látku zkusila, třetina jí zkusila vícekrát a třetina jí užívala vícekrát. Celorepubliková populace se chováním blíží chováním žen z ústavních zařízení. Muži v ústavních zařízeních jsou 3x více častými uživateli a 3x méně jednorázovými uživateli.

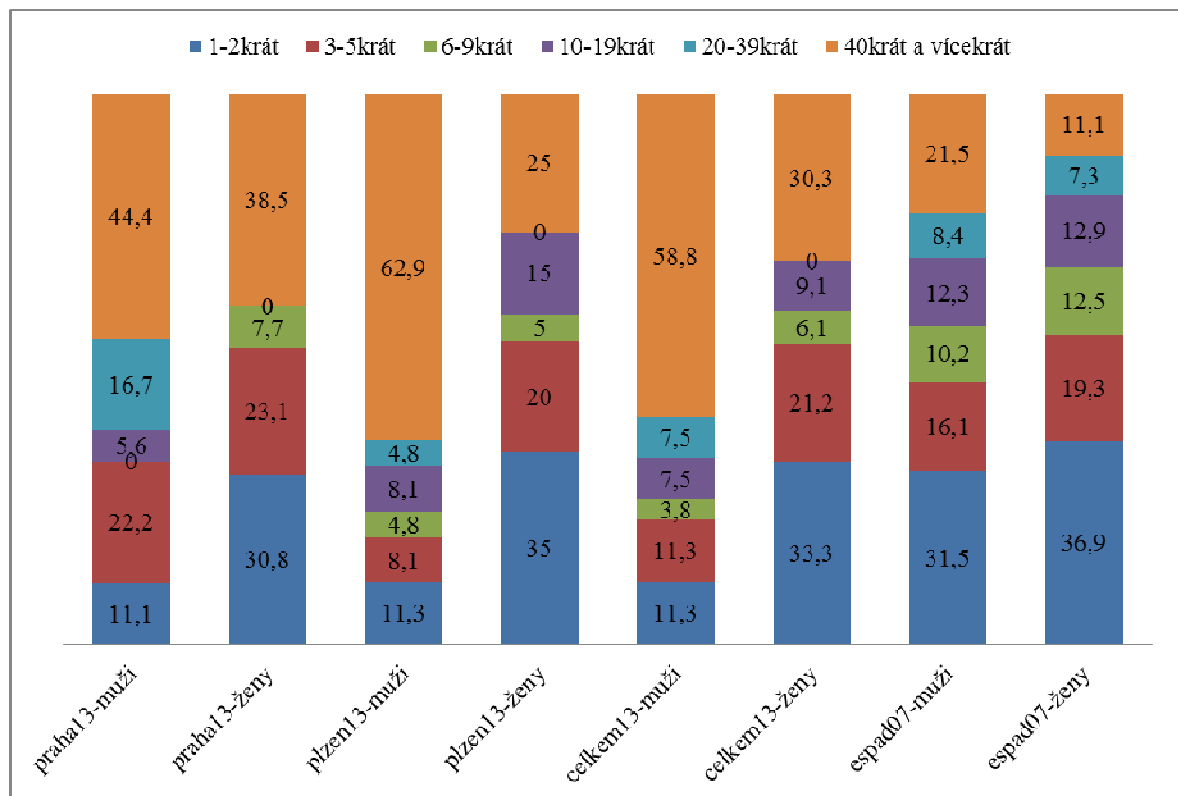
Počet užití konopných látek mezi těmi, kdo užili v životě a v posledním roce se výrazněji neliší mezi pohlavími, ani mezi kraji, ani z důvodu ústavního zařízení. Mírně se snižuje podíl adolescentů s čtenějším užíváním, což je pouhý důsledek menšího časového období v definici dat. Protože se oba grafy výrazněji neliší, lze se domnívat, že uživatel konopných látek začal užívat v posledním roce, nebo že své zvyky dlouhodobě nemění.

Frekvence užití konopných látek mezi uživateli v posledním měsíci se u všech skupin výrazně snižuje, podíl adolescentů s maximálně 5 užitími v posledním měsíci je více než polovina. Může to být způsobeno časovým obdobím v době sběru dat (zima versus léto, škola versus prázdniny), nebo domněnkou o dlouhodobé neměnnosti zvyků uživatelů konopí s tím, že počet dávek je v rámci roku rovnoměrný a v každém měsíci je relativně malý.

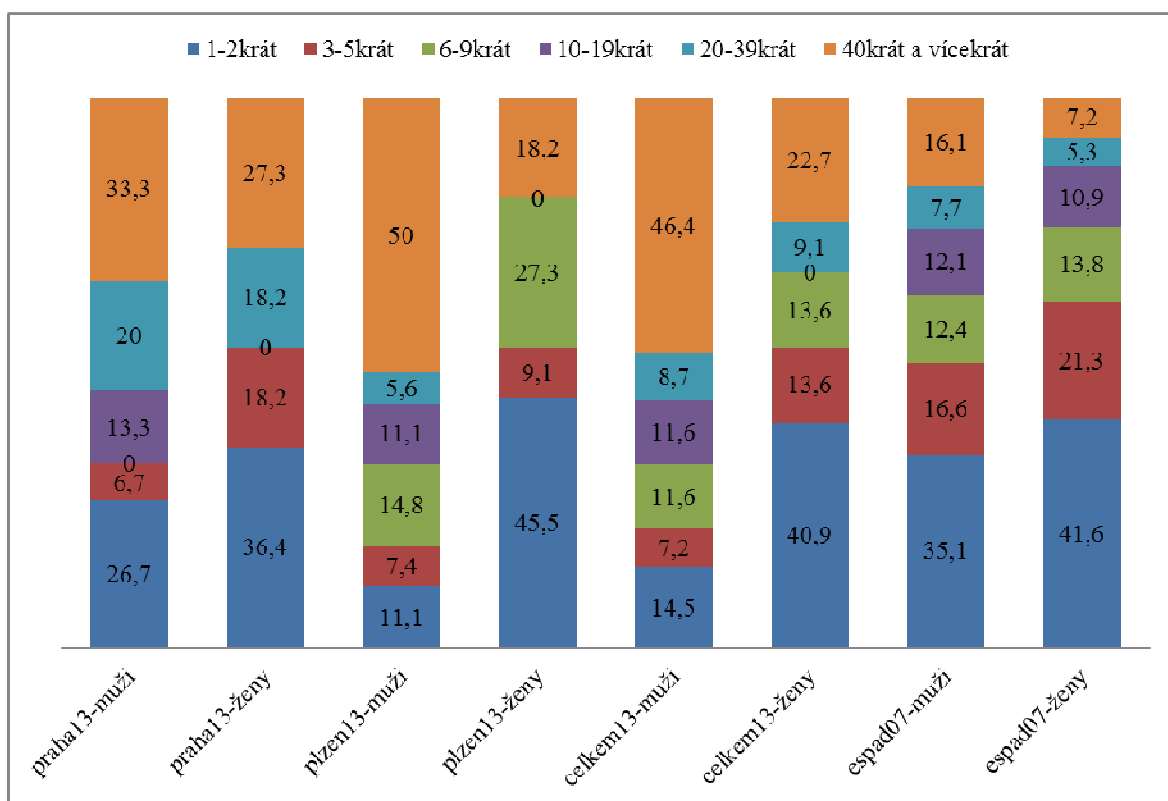
Mezi uživateli extáze převažují jednorázoví uživatelé. V celorepublikové populaci je to více než 2/3 uživatelů. Výraznější počet uživatelů a tím i spolehlivé výsledky z hlediska statistiky jsou v ústavních zařízeních pouze u plzeňských mužů. Z nich pouze 35 % patří mezi jednorázové uživatele, každý šestý pak extázi užívá často.

Mezi uživateli pervitinu, obdobně jako u extáze, převažují jednorázoví uživatelé. V celorepublikové populaci je to více než 2/3 uživatelů. Výraznější počet uživatelů a tím i spolehlivé výsledky z hlediska statistiky jsou v ústavních zařízeních pouze u mužů. Z nich více než třetina patří mezi časté uživatele a pouze 10 % mezi jednorázové uživatele.

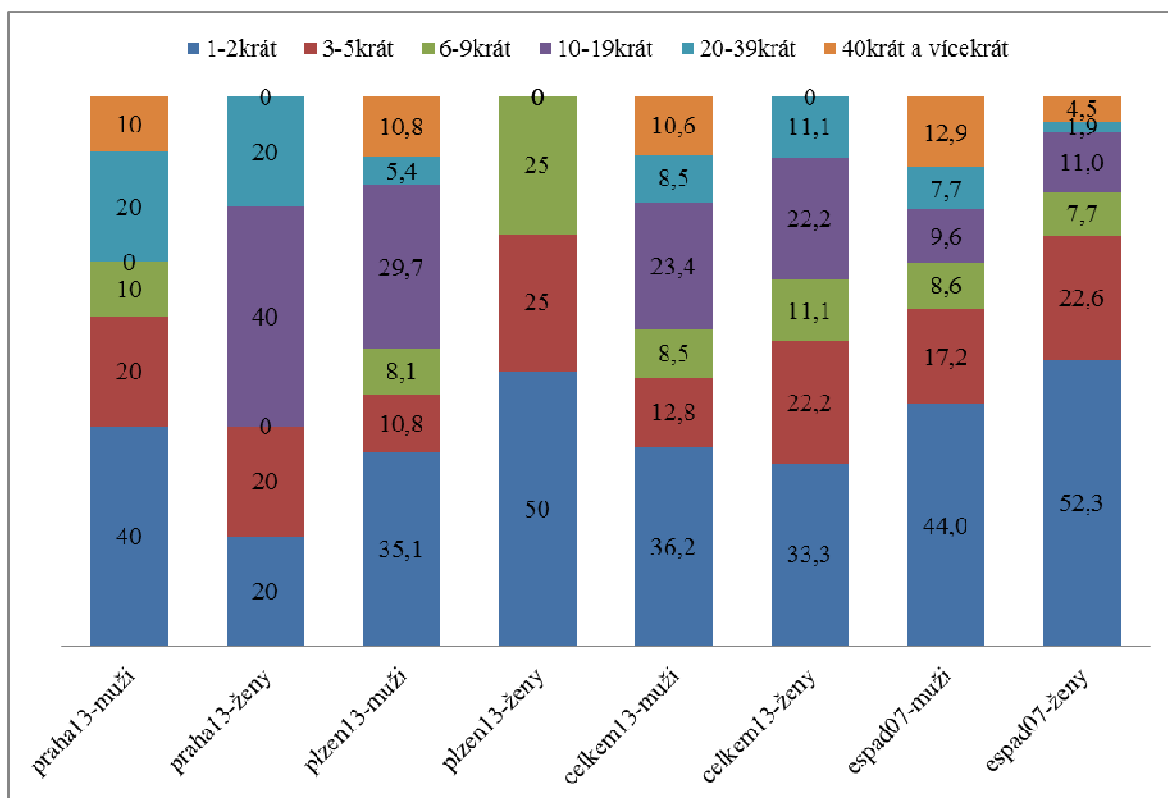
Graf 24: Frekvence užití konopných látek za celý život podle pohlaví, z těch, kteří uvedli užití marihuany nebo hašiše [%]



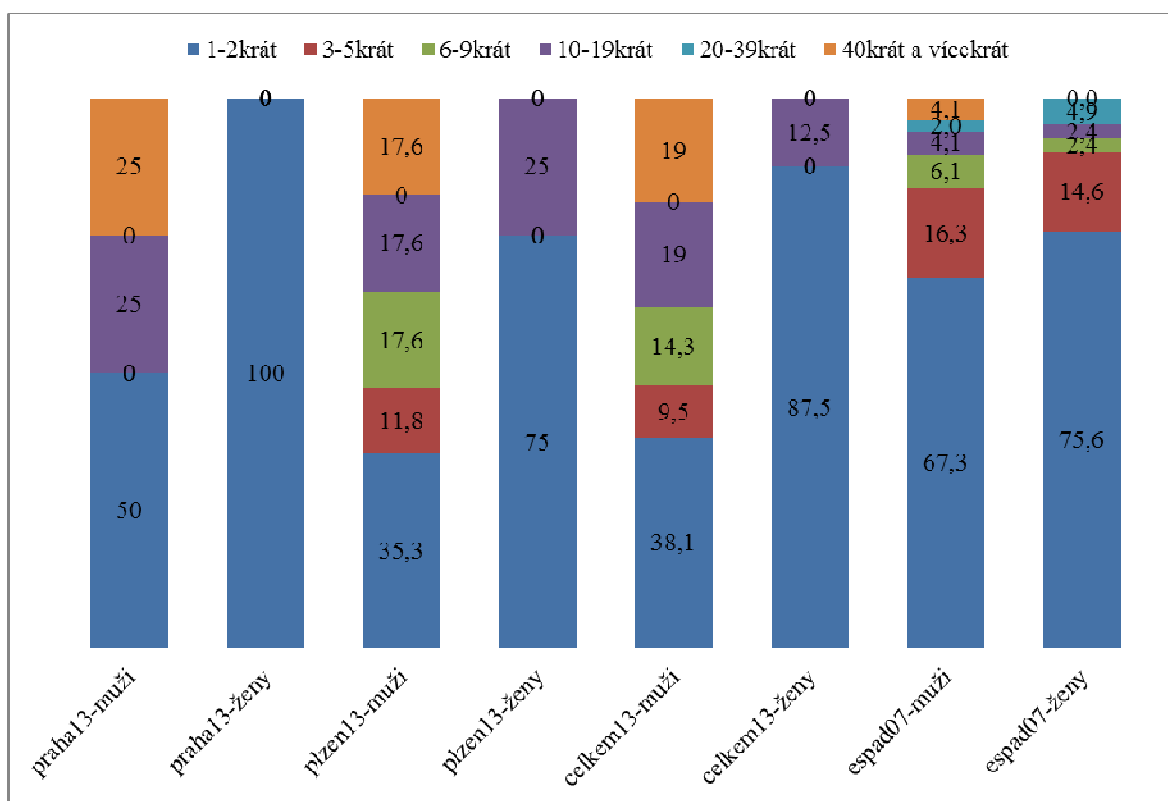
Graf 25: Frekvence užití konopných látek v posledních 12 měsících podle pohlaví, z těch, kteří uvedli užití marihuany nebo hašiše v posledním roce [%]



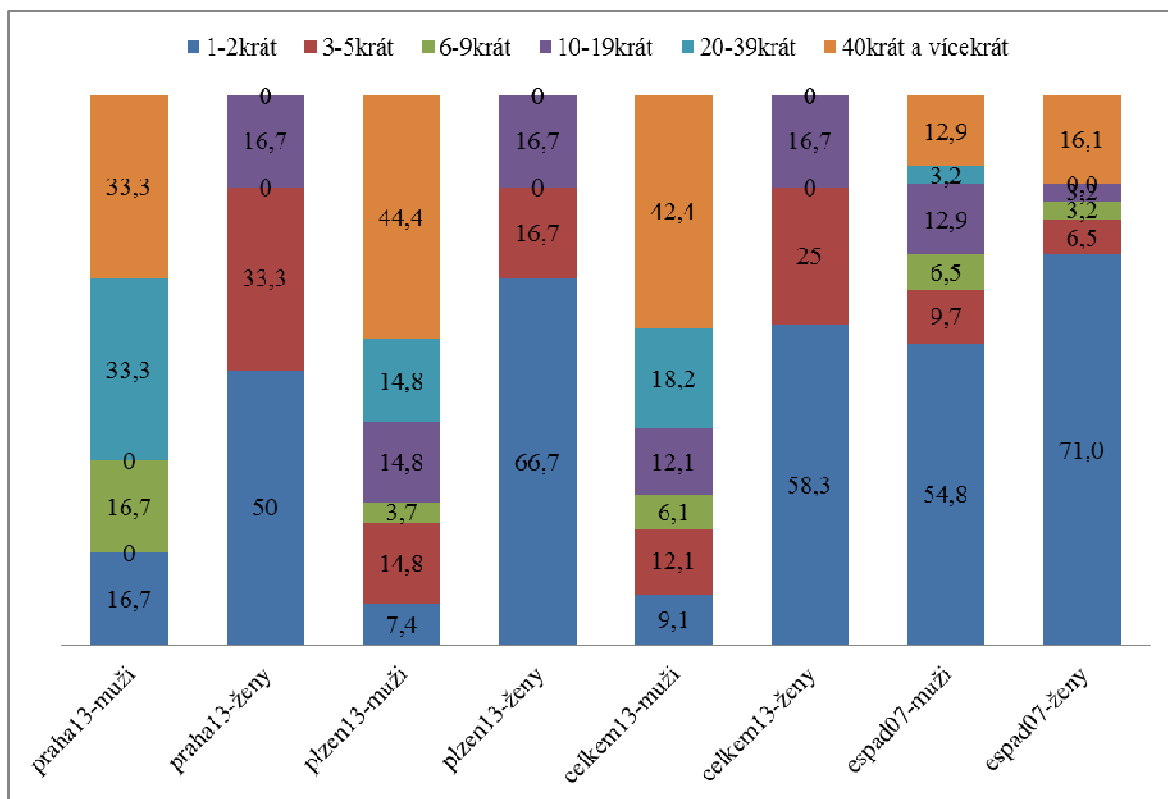
Graf 26: Frekvence užití konopných látek v posledních 30 dnech podle pohlaví, z těch, kteří uvedli užití marihuany nebo hašiše v posledních 30 dnech [%]



Graf 27: Frekvence užití extáze za celý život podle pohlaví, z těch, kteří uvedli užití extáze [%]



Graf 28: Frekvence užití pervitinu za celý život podle pohlaví, z těch, kteří uvedli užití pervitinu [%]



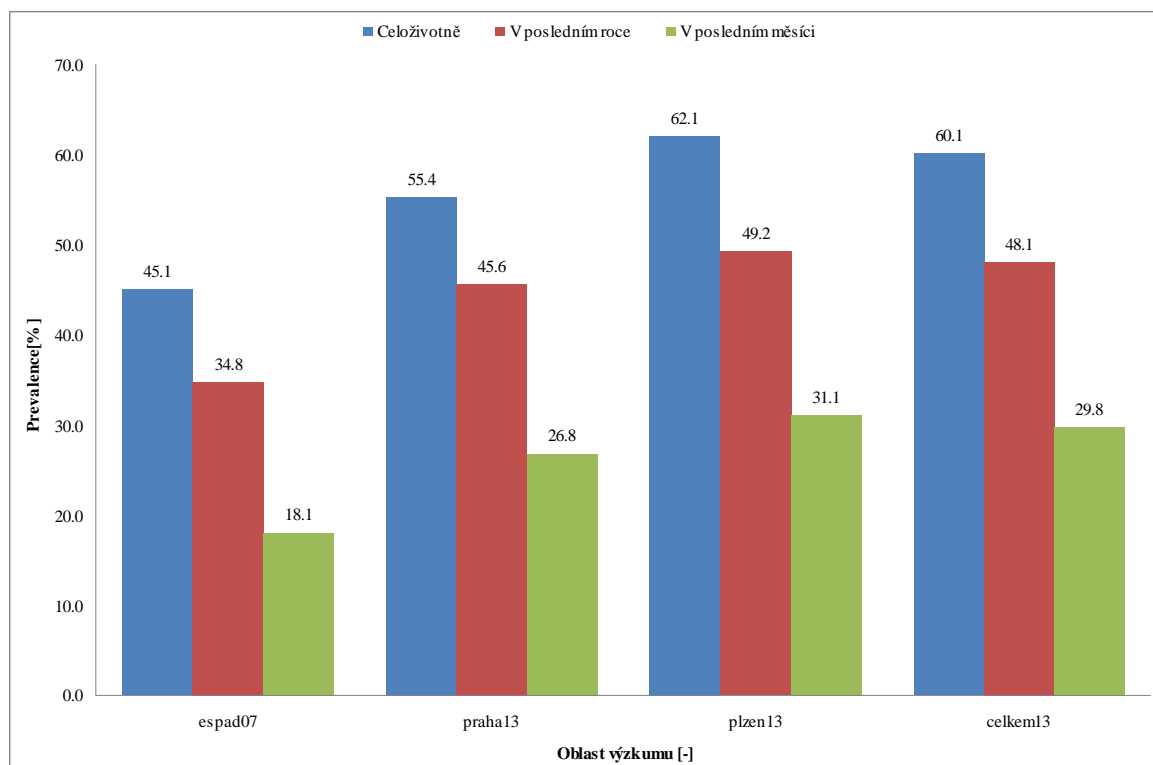
6.2 Interpretace výsledků průzkumu

Kapitola obsahuje grafické znázornění odpovědí respondentů na otázky, které nebyly součástí srovnání v předchozí kapitole.

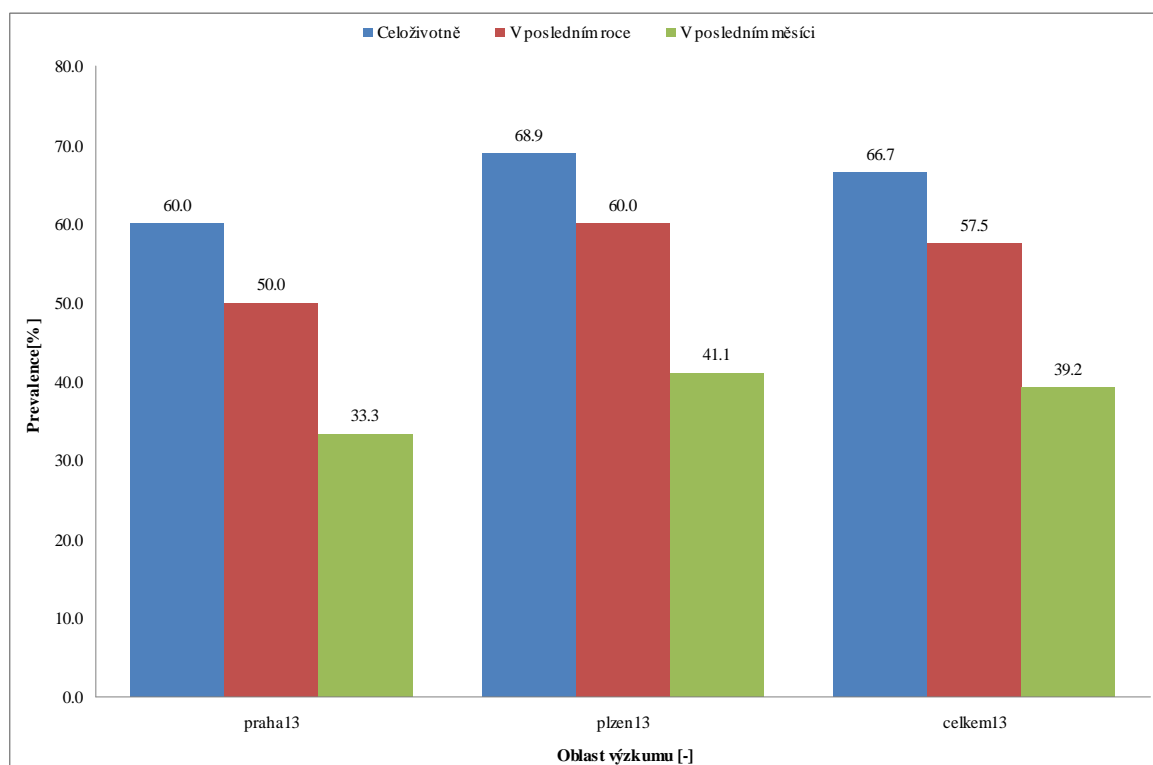
Zkušenosti s konopnými drogami celoživotně, v posledním roce a v posledním měsíci (viz Graf 29 až 31), jsou pro všechny kategorie vzájemně obdobné. Podíl uživatelů celoživotně je vyšší než podíl uživatelů v posledním roce, který je vyšší než počet uživatelů v posledním měsíci. V ústavních zařízeních je prevalence v posledním roce/měsíci o 10 % populace vyšší než u celorepublikové populace. Celoživotní prevalence 60 % v ústavních zařízeních je o třetinu vyšší než prevalence 45 % u adolescentů v celorepublikovém šetření.

V rámci ústavních zařízení se muži a ženy chovají v krajích odlišně. Vyšší prevalence ve všech sledovaných obdobích je u mužů v Plzeňském kraji, v Praze je tomu naopak u žen. Rozdíly mezi muži a ženami, shodně v obou krajích, je v podílu mezi prevalencemi. Muži s celoživotní prevalencí měli alespoň 80 % prevalenci v posledním roce a alespoň 55 % prevalenci v posledním měsíci. Ženy s celoživotní prevalencí měly alespoň 55 % prevalenci v posledním roce a alespoň 20 % prevalenci v posledním měsíci. Mužští uživatelé konopných látek užívají ve větší míře dlouhodobě, ženy užívají především krátkodobě.

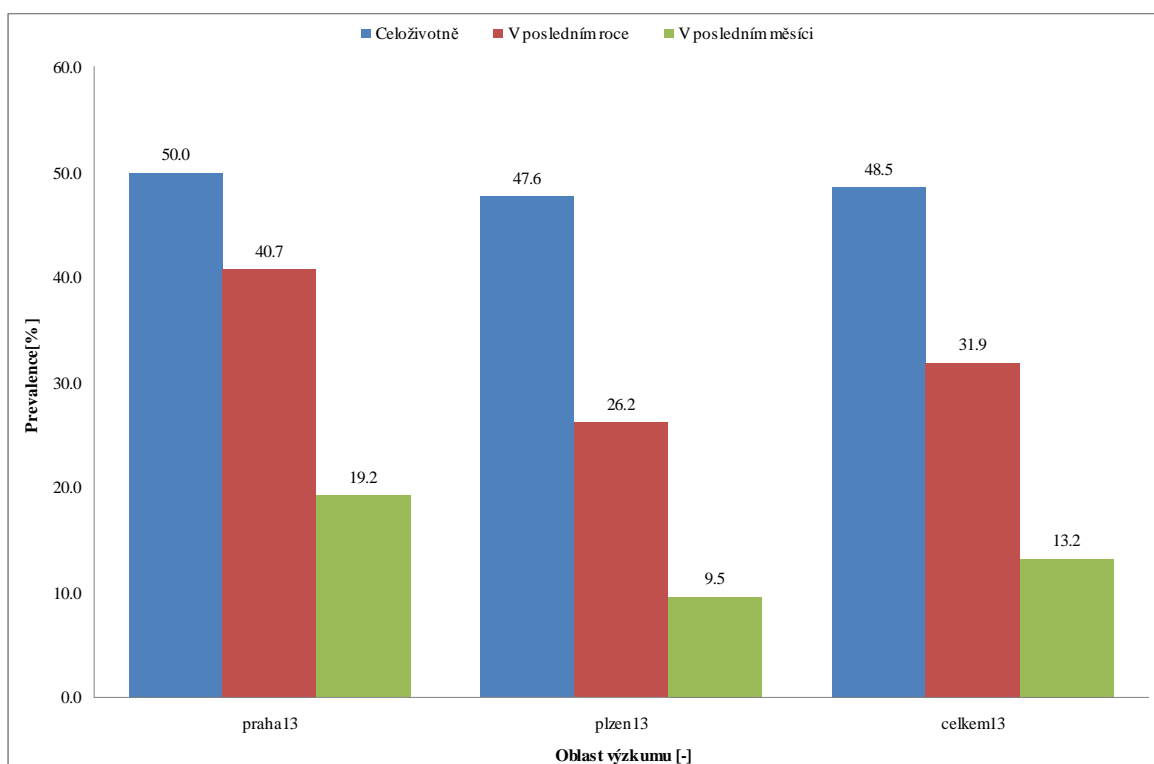
Graf 29: Zkušenosti s konopnými drogami v posledním roce a v posledním měsíci (otázky 8b, 8c)



Graf 30: Zkušenosti s konopnými drogami v posledním roce a v posledním měsíci (otázky 8b, 8c), muži



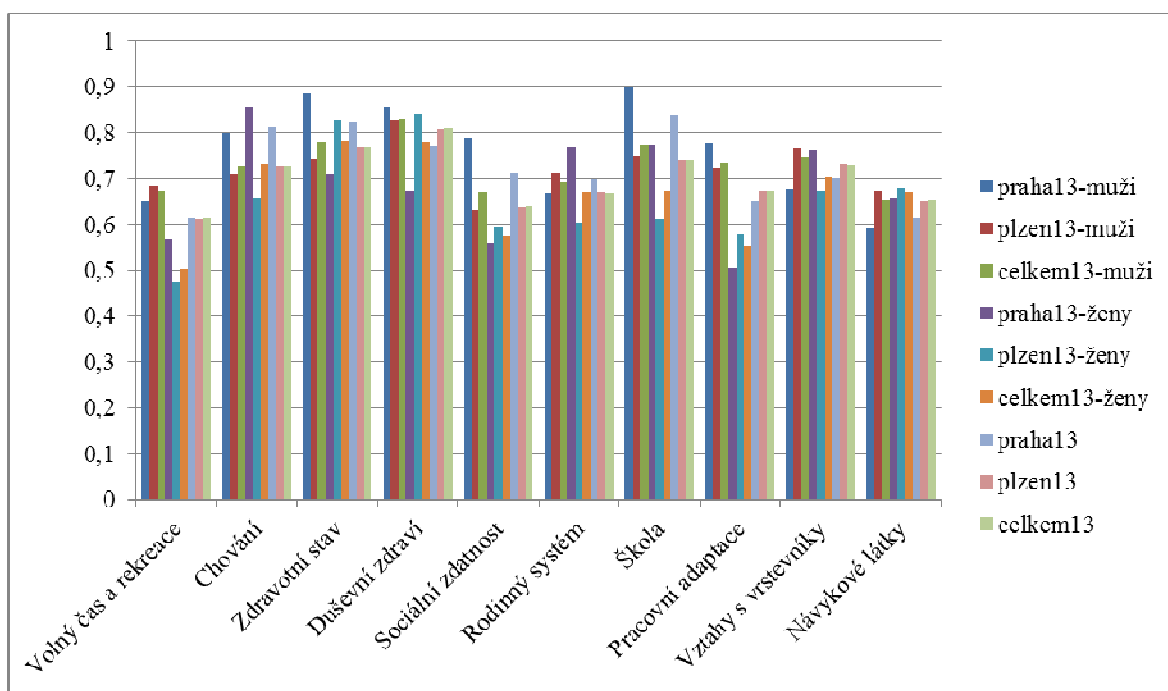
Graf 31: Zkušenosti s konopnými drogami v posledním roce a v posledním měsíci (otázky 8b, 8c), ženy



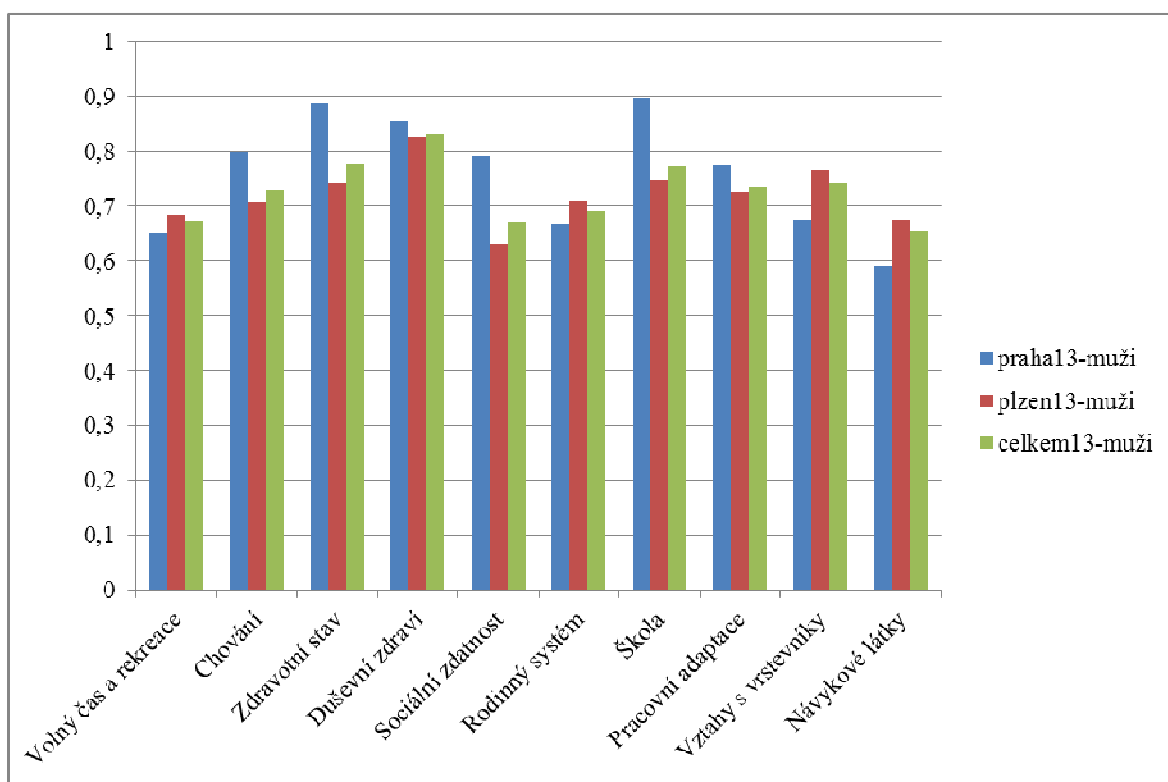
Korelace rizikových oblastí vůči celkovému rizikovému faktoru (viz Graf 32 až 34) se mírně liší mezi kraji i pohlavími. Pražští muži mají nejvyšší korelaci pro zdravotní stav a školu, plzeňští muži mají nejvyšší korelaci pro duševní zdraví. Pražské ženy mají nejvyšší korelaci s chováním, plzeňské se zdravotním stavem a duševním stavem. V celkovém srovnání je nejvyšší korelace s duševním zdravím a následně se zdravotním stavem a školou.

Absolutní hodnoty problémového indexu na grafu 35 jsou nejvyšší pro vztahy s vrstevníky, chování, volný čas a duševní zdraví. Nejdůležitější oblastí z hlediska rizika k návykovým látkám je taková oblast, která má vysokou korelaci s celkovým problémovým indexem, a zároveň jde o oblast s vysokou hodnotou problémového indexu. Na základě provedeného dotazníkového šetření je nejvýznamnější rizikovou oblastí duševní zdraví. Této oblasti je potřeba se ve výzkumech věnovat nejvíce.

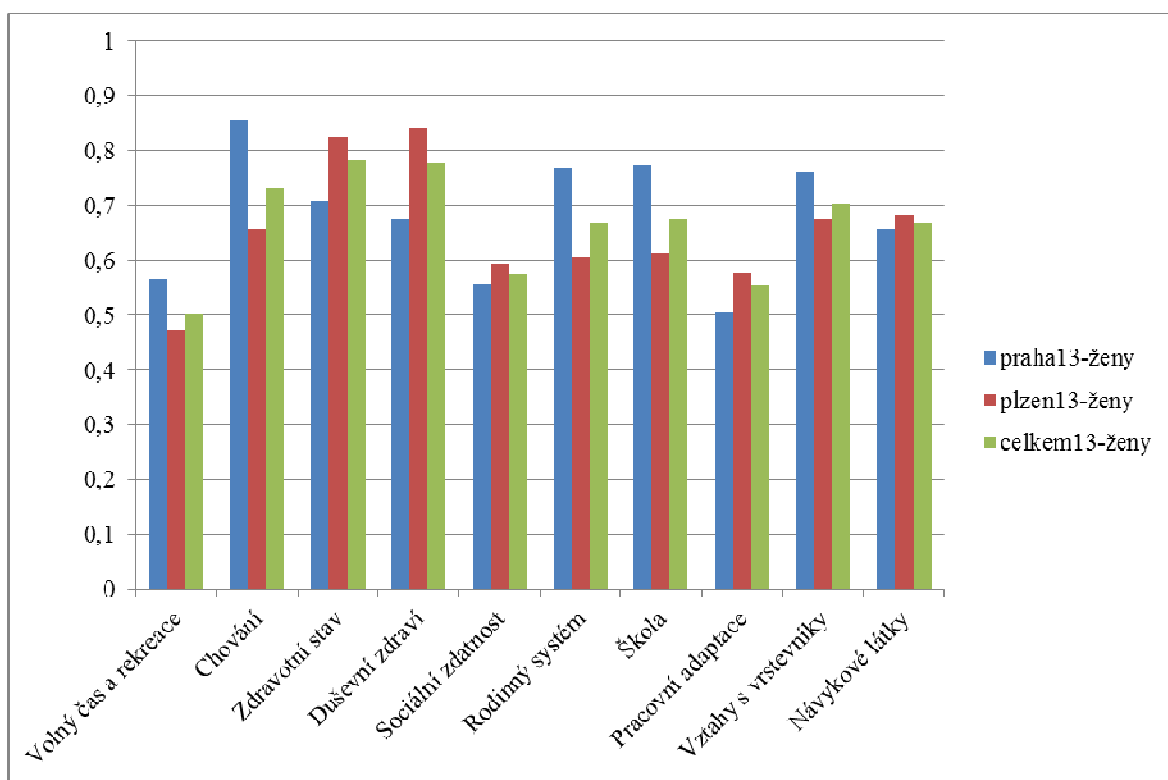
Graf 32: Korelace jednotlivých problémových indexů vůči celkovému problémovému indexu



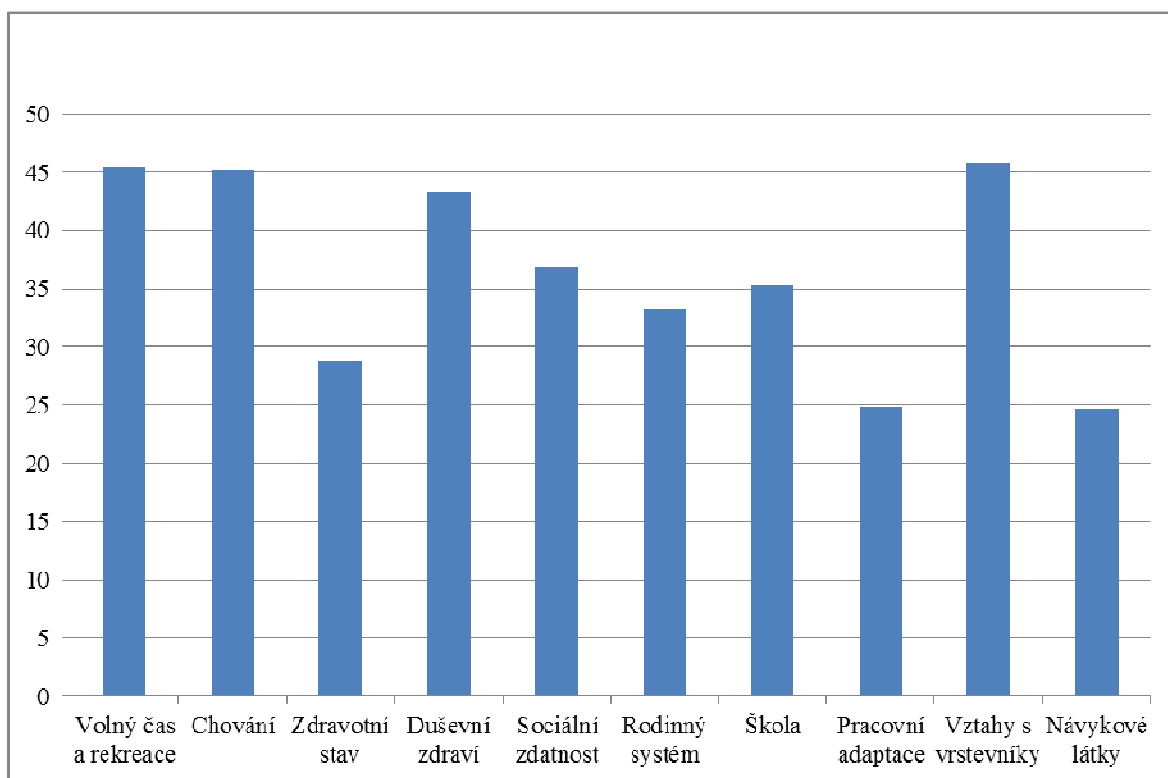
Graf 33: Korelace jednotlivých problémových indexů vůči celkovému problémovému indexu, muži



Graf 34: Korelace jednotlivých problémových indexů vůči celkovému problémovému indexu, ženy

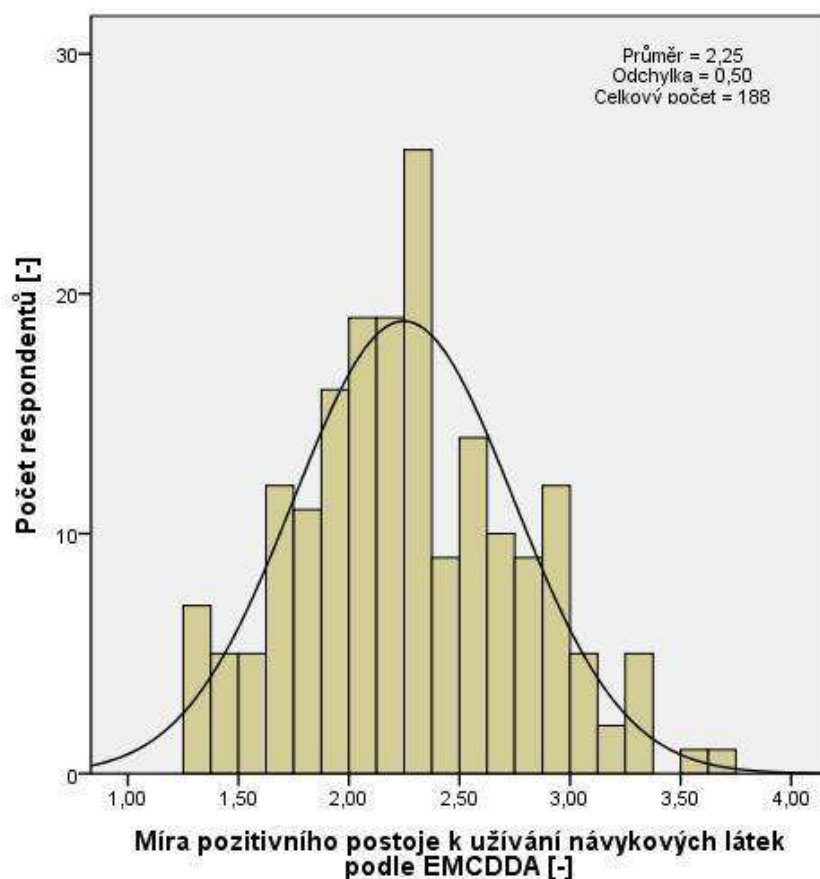


Graf 35: Problémový index respondentů [%]



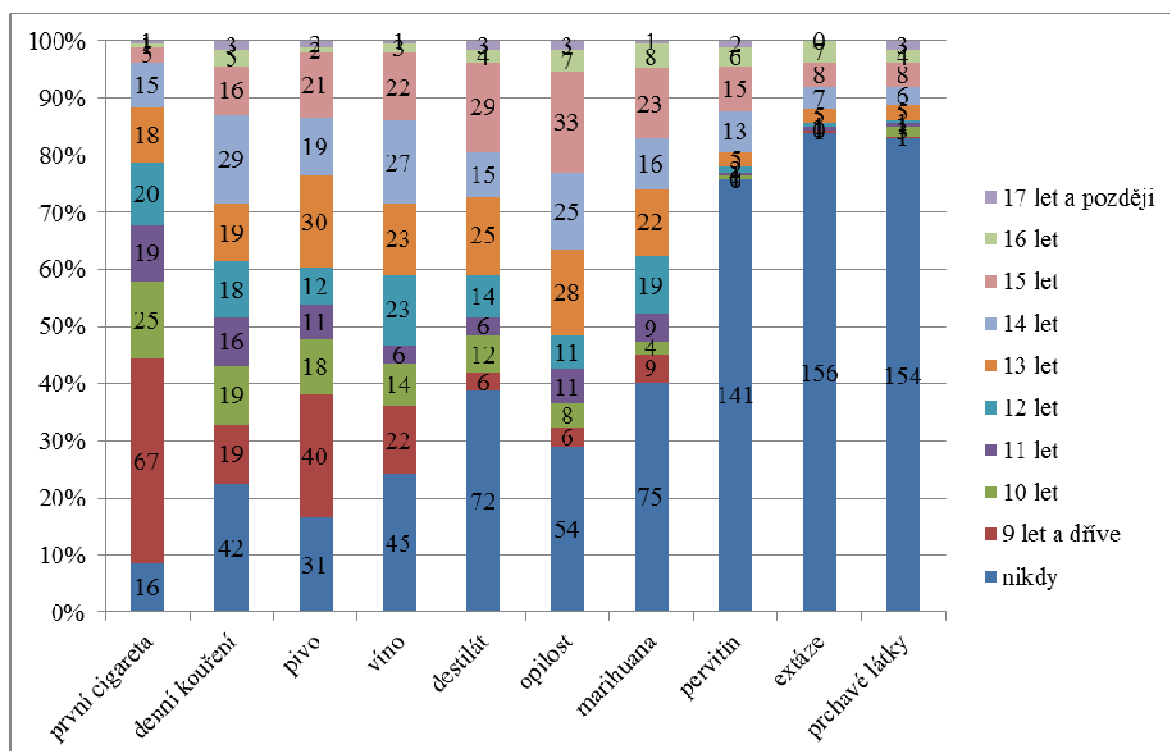
Souhrnná odpověď respondentů na otázku 16, míra pozitivního postoje, je oproti původní metodě EMCDDA modifikována. Modifikace spočívá v přeškálování. Původní 5stupňová škála s neutrální možností odpovědi byla zaměněna na 4stupňovou škálu bez možnosti neutrální odpovědi. Respondenti byli nuceni si vybrat, zda jejich vztah k návykovým látkám je alespoň trochu pozitivní, nebo alespoň trochu negativní, neutrální možnost nebyla. Při průměrování je hodnota 2,50 neutrálním postojem. Respondenti z ústavních zařízení měli průměrnou hodnotu $2,25 \pm 0,50$, jejich postoj k návykovým látkám je mírně negativní (viz Graf 36).

Graf 36: Souhrnná odpověď respondentů na otázku 16



Souhrnná odpověď na otázku první zkušenosti s návykovými látkami vychází z otázky 12. Jedná se o souhrnný graf ke grafům 6 až 23 s hodnotami pro celý výzkumný soubor (viz Graf 37).

Graf 37: Souhrnná odpověď respondentů na otázku 12

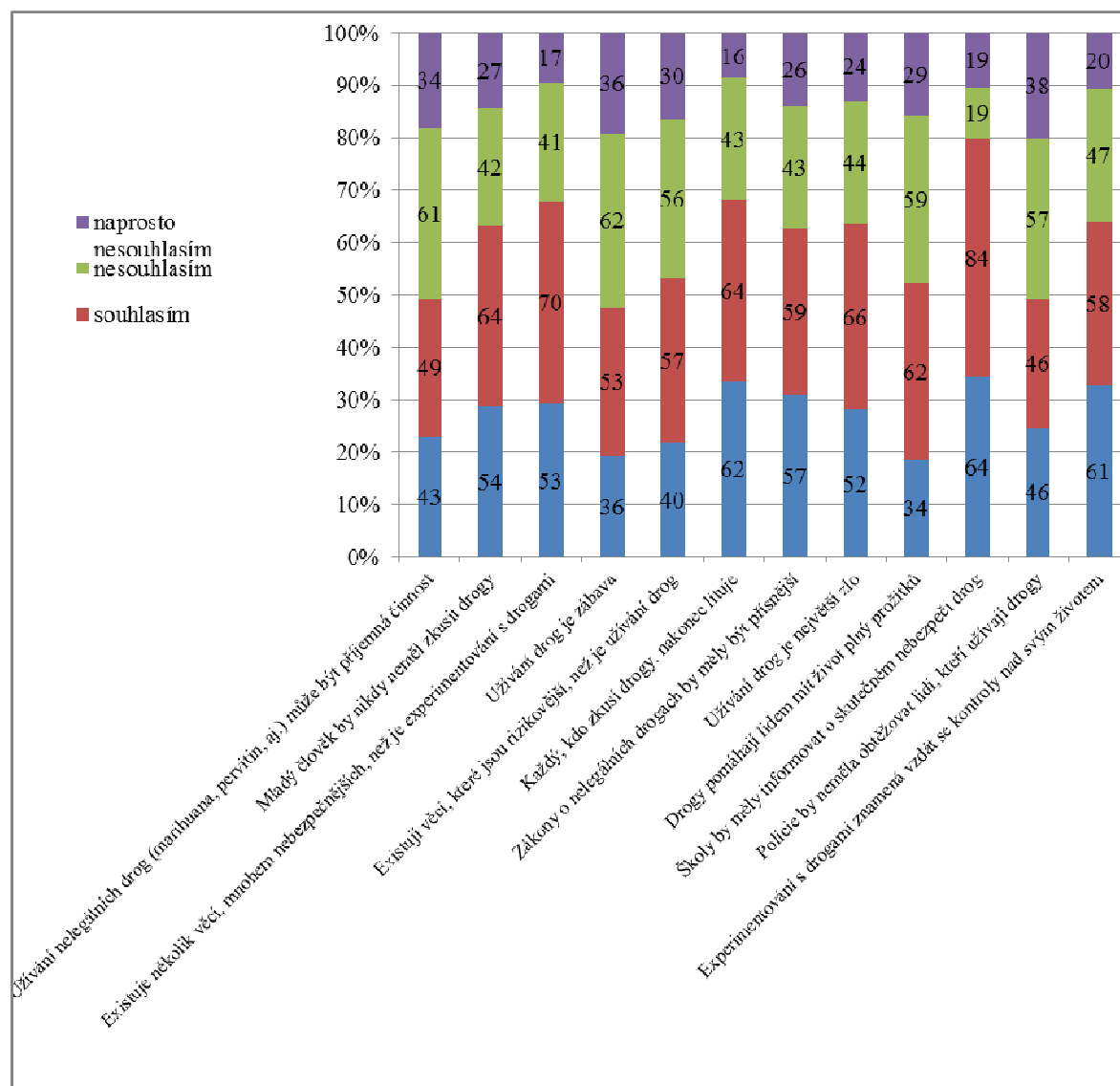


Graf 38 souhrnně popisuje odpovědi na postoje k otázce 21. Většina otázek typu souhlasím/nesouhlasím ve výsledku rozdělí respondenty na dvě poloviny. Zajímavé jsou odpovědi, které skupiny rozdělily v poměru alespoň 60:40 a zároveň takové odpovědi, kde byl velký podíl kategorických odpovědí (naprosto souhlasím, naprosto nesouhlasím). Více než 60% podílu je pozorováno u následujících otázek, u všech otázek převažuje pozitivní odpověď:

- Mladý člověk by nikdy neměl zkusit drogy.
- Existuje několik věcí, mnohem nebezpečnějších, než je experimentování s drogami.
- Každý, kdo zkusí drogy, nakonec lituje.
- Zákony o nelegálních drogách by měly být přísnější.
- Užívání drog je největší zlo.
- Školy by měly informovat o skutečném nebezpečí drog.
- Experimentování s drogami znamená vzdát se kontroly nad svým životem.

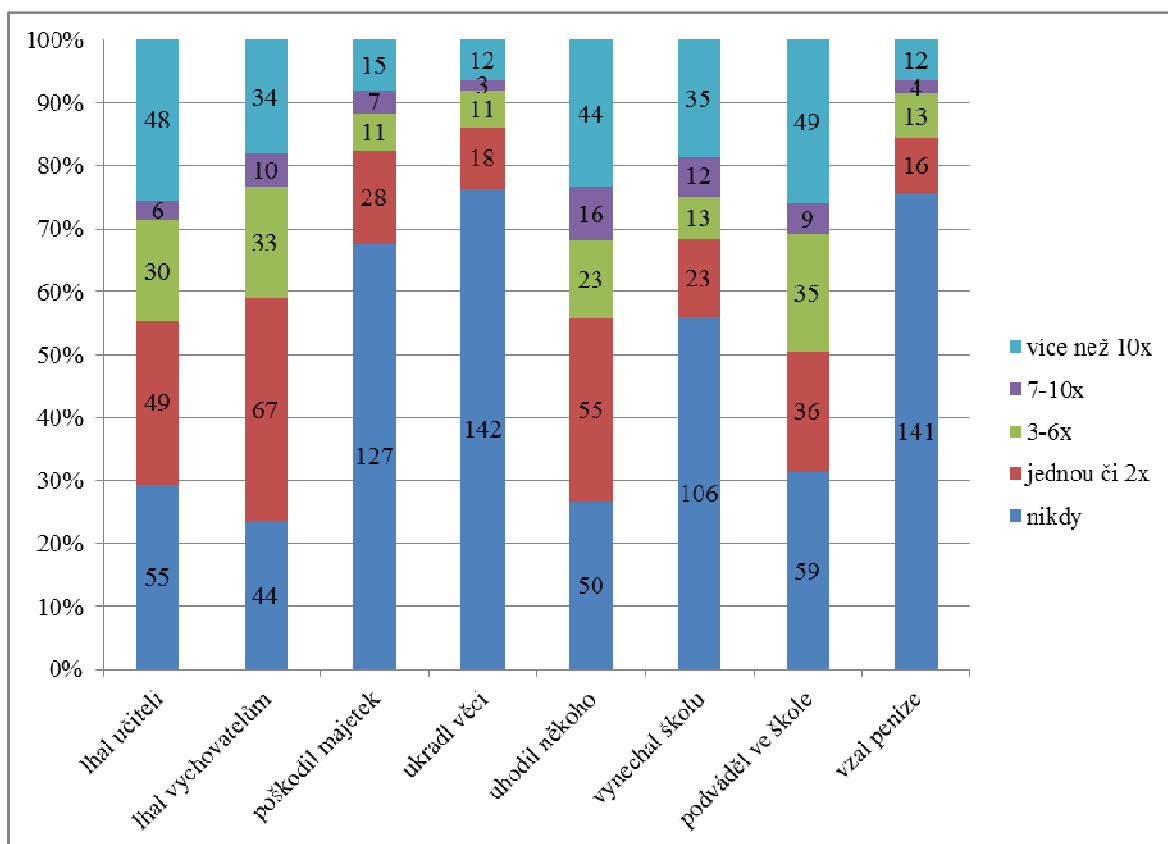
Na otázku "Školy by měly informovat o skutečném nebezpečí drog" odpovědělo v kladném smyslu 80 % respondentů. Adolescenti z ústavních zařízení mají pravděpodobně velmi ztížený přístup k relevantním informacím, tj. především k internetu.

Graf 38: Souhrnná odpověď respondentů na otázku 21



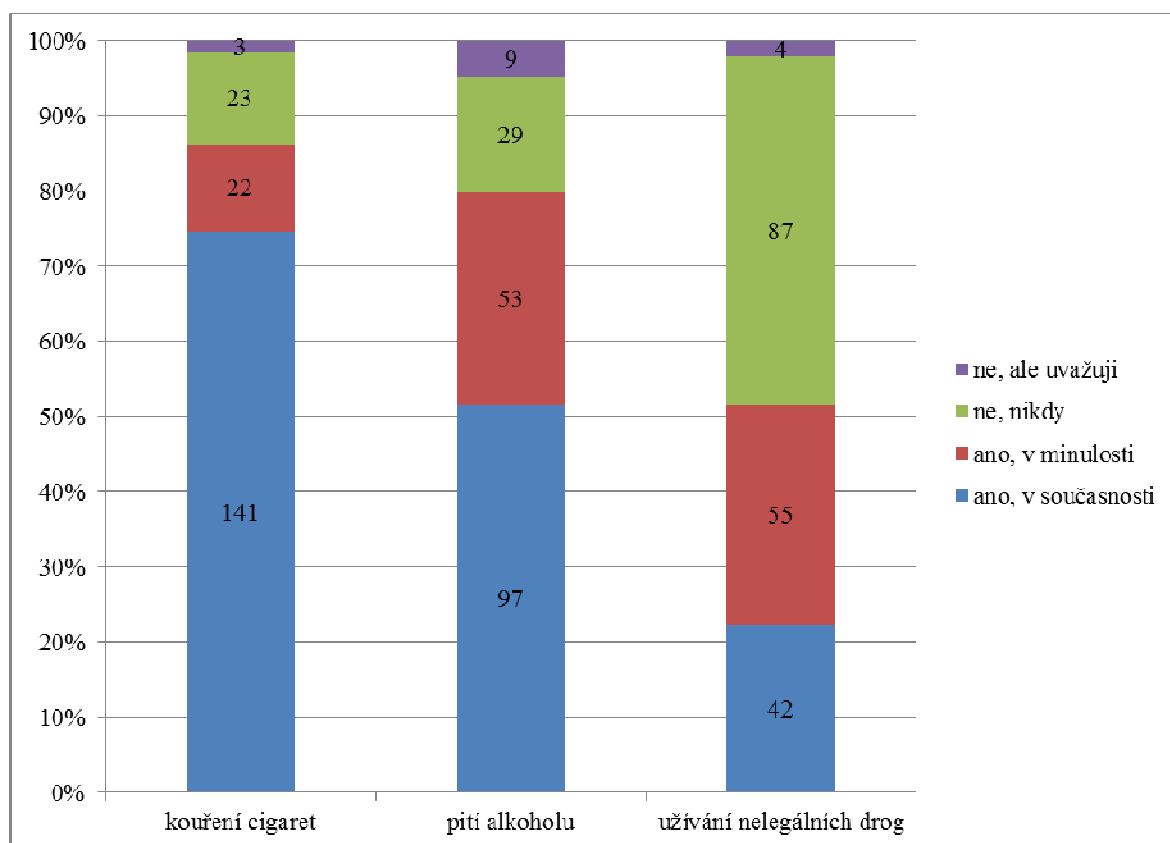
Z odpovědí na otázku 4 vyplývá podíl pod 30 % respondentů odmítajících svoje lhaní vychovatelům nebo učitelům, fyzický útok a podvádění ve škole. Méně než 30 % respondentů poškodilo cizí věc, ukradlo věc, nebo vzalo peníze. Nejvyšší podíl respondentů, kteří nějakou oblast provedli alespoň 3x, je u podvádění ve škole. Tento podíl je těsně pod 50 % (viz Graf 39).

Graf 39: Souhrnná odpověď respondentů na otázku 4



Odpovědi na otázky 9, 10 a 11 souhlasí s ostatními grafy. Tyto otázky byly využity jako indikátor lhaní nebo nekonzistentních odpovědí respondenta v dotazníku. Žádný z respondentů, který nebyl vyřazen z důvodu věku mimo požadovaný interval, v dotazníku neuvedl nekonzistentní odpovědi (viz Graf 40).

Graf 40: Souhrnná odpověď respondentů na otázky 9, 10 a 11



6.3 Shluková analýza výzkumného souboru

Shluková analýza (cluster analysis) je soubor statistických metod, jejichž cílem je identifikace skupin objektů podle charakteristik objektů. Shlukovou analýzu je možné provést hierarchicky nebo nehierarchicky.

Hierarchická shluková analýza shlukuje objekty do hierarchického systému, kde průnikem dvou podmnožin shluků je prázdná podmnožina nebo jedna z podmnožin. Výsledkem hierarchického shlukování je rozdělení objektů do shluků s různým počtem. Při aglomerativním výpočtu je v prvním kroku každý objekt shlukem, v každém dalším kroku jsou dva shluky s nejnižší vzájemnou vzdáleností sloučeny, posledním krokem je vytvořen jeden shluk. Opakem je dělicí výpočet, kdy dochází k postupnému zvyšování počtu shluků od jednoho shluku tvořeném všemi objekty ke shlukům tvořeným jedním objektem. Graficky je hierarchické shlukování zobrazeno dendrogramem.

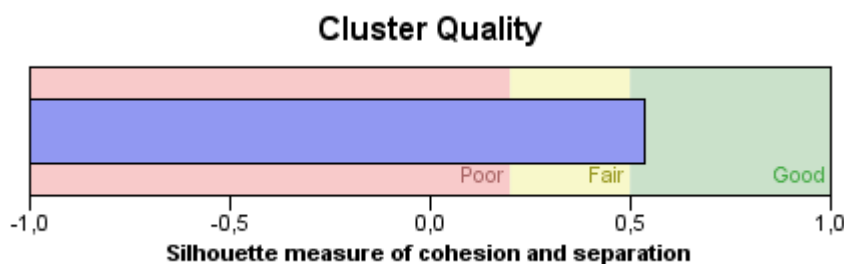
Nehierarchická shluková analýza shlukuje objekty do pevného počtu shluků, které jsou navzájem disjunktní. Nehierarchická metoda K-průměrů vychází z počátečního

odhadu K shlukových jader. Každý objekt je přiřazen shluku s nejnižší vzdáleností shlukového jádra. Iteračním procesem jsou zpřesňovány polohy shlukových jader, dokud není dosaženo požadované přesnosti (v tomto stavu už nedochází k přesunu objektů mezi shluky).

Obě metody mají své výhody a nevýhody. Hierarchická shluková analýza nedává žádnou informaci o počtu shluků, je výpočetně náročná a více závislá na způsobu výpočtu v prvních krocích (v každém kroku jsou spojovány nebo rozdělovány přesně dva shluky). Nehierarchická shluková analýza je výpočetně rychlejší, přesnější, nezávislá na volbě počátečních podmínek (shluková jádra jsou iteračním procesem měněna), ale požaduje jako vstup počet shluků.

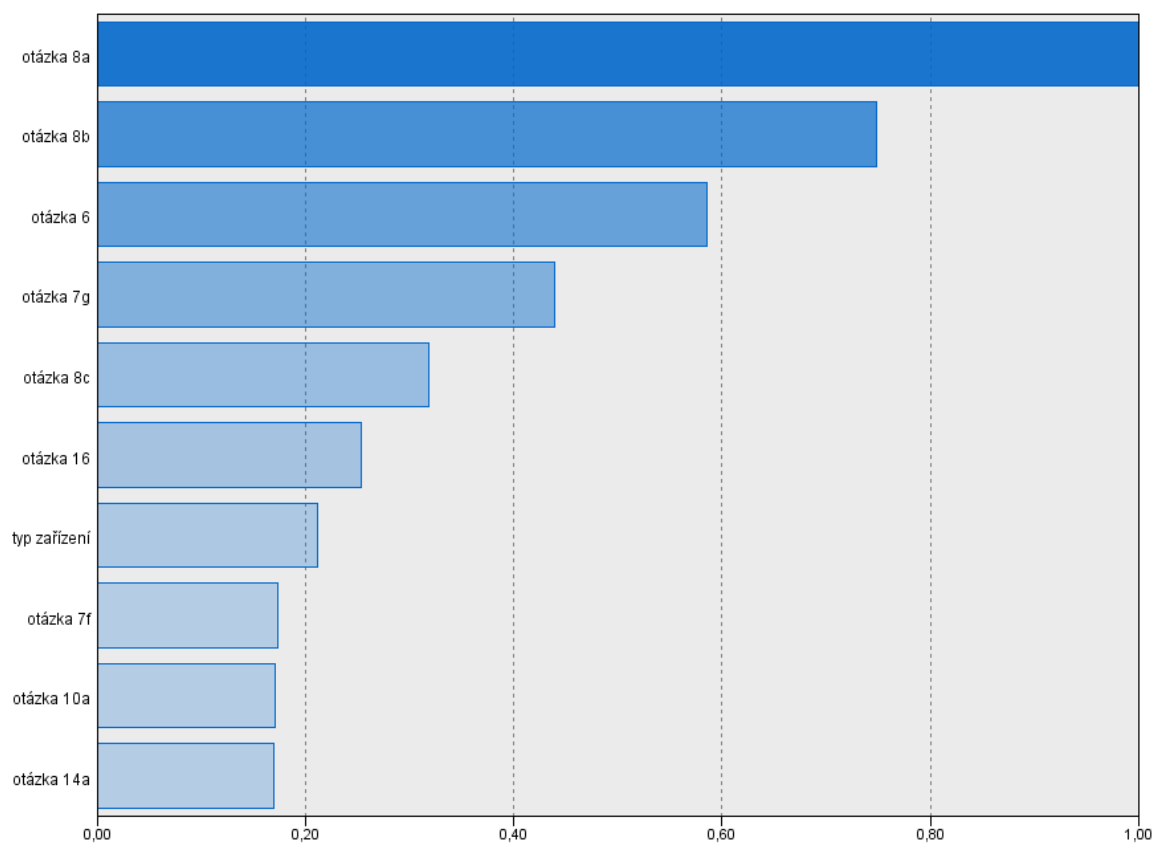
Standardní postup je využití obou metod shlukové analýzy ve dvou krocích. V prvním kroku jsou objekty hierarchicky shlukovány s cílem určit počet shluků. V závislosti na počtu shluků je určena vzdálenost mezi shluky (primárně Wardovou metodou nejmenších čtverců). Grafickým znázorněním závislosti vzdálenosti shluků na počtu shluků vzniká křivka tvaru lidské ruky a podle pravidla lokte (elbow rule) je určen počet shluků. V druhém kroku je provedeno nehierarchické shlukování s daným počtem shluků.

Obrázek 15: Kvalita rozdělení souboru na skupiny podle shlukové analýzy (výstup programu SPSS)



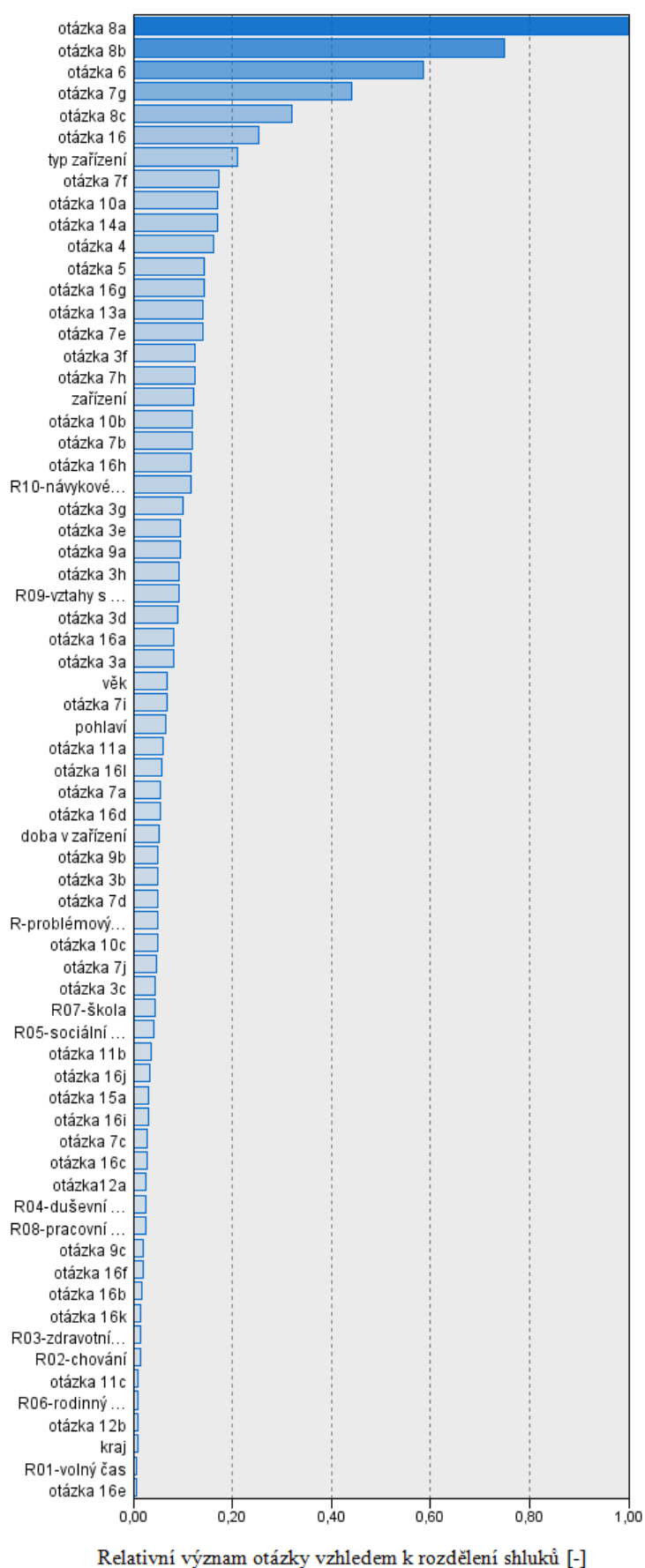
Kvalita rozdělení výzkumného souboru shlukovou analýzou je dostatečná (viz Obrázek 15). Nejvýznamnější otázky, pomocí nichž byly definovány vzájemné vzdálenosti mezi prvky skupin shlukové analýzy s dvojkrokovou optimalizací K -průměrů, jsou vyneseny na grafech 41 a 42. Nejvýznamnější otázky 8a, 8b a 6 byly zvoleny jako otázky, podle kterých byly počítány vzdálenosti prvků a podle kterých byl shlukovou analýzou výzkumný soubor rozdělen na skupiny.

Graf 41: Seřazení nejvýznamnějších otázek dotazníků podle vztahu ke skupinám



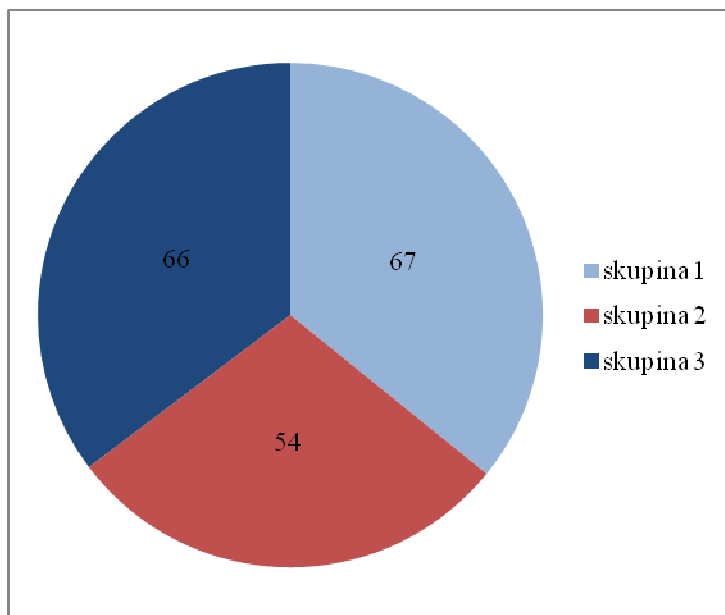
Relativní význam otázky vzhledem k rozdělení shluků [-]

Graf 42: Seřazení všech otázek dotazníků podle vztahu ke skupinám



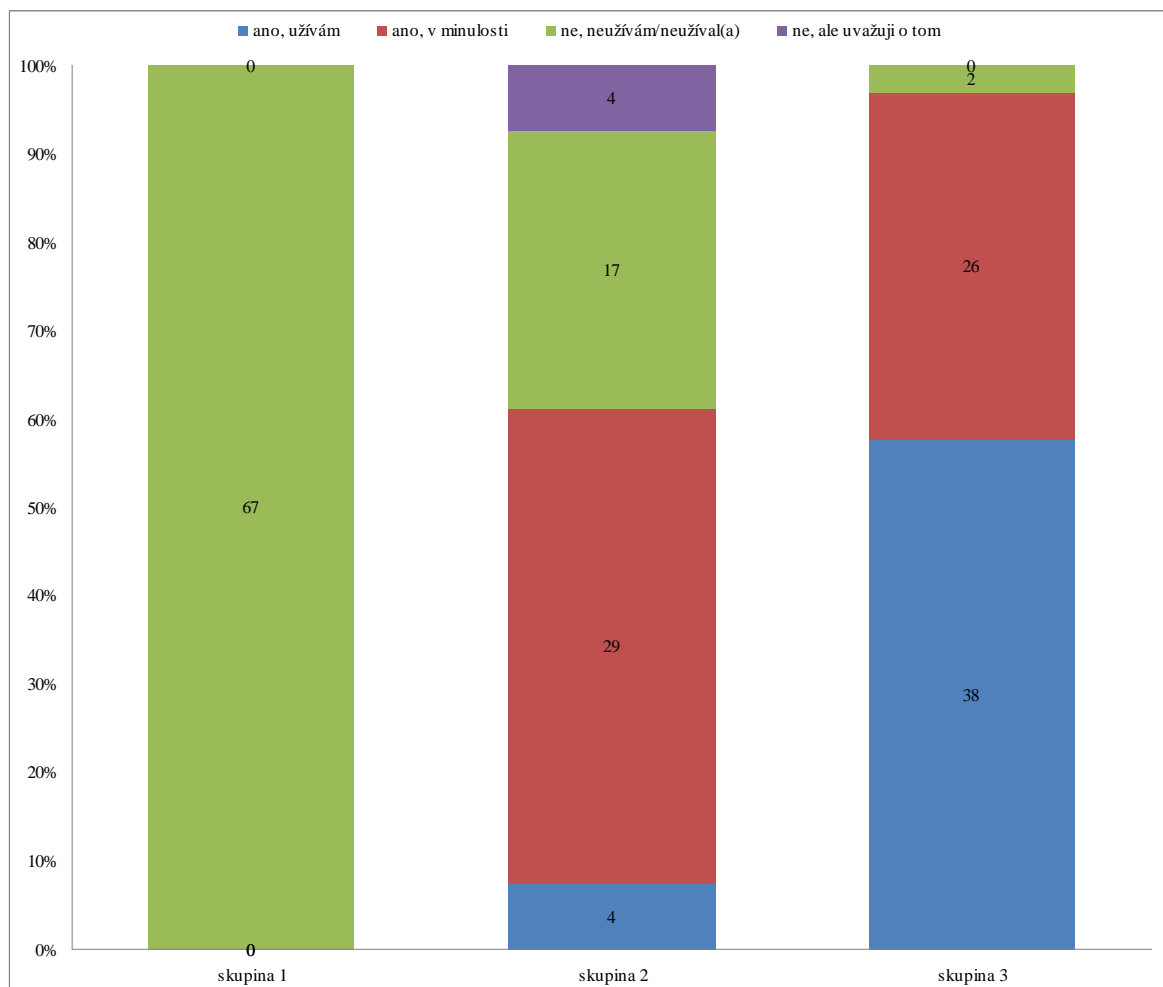
Optimalizací K-průměrů byl programem IBM SPSS Statistics určen počet skupin 3. Jejich vzájemná velikost je srovnatelná (viz Graf 43).

Graf 43: Velikost skupin pro výzkumný soubor

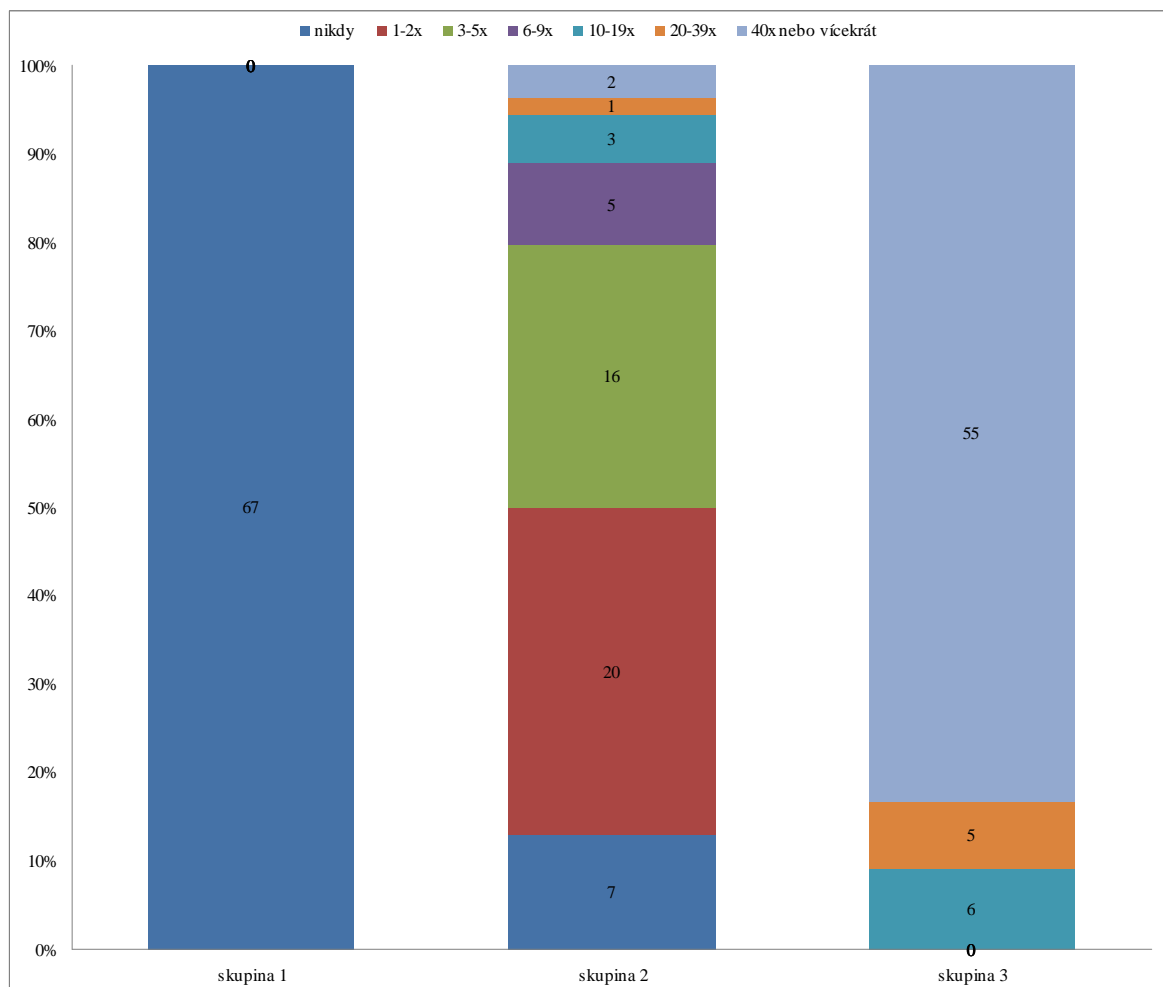


Otázky 8a, 8b, 6, podle kterých proběhla shluková analýza, definují základní charakteristiky jednotlivých skupin. Skupina 1 má negativní postoj k užívání návykových látek a nikdy nezkusila marihuanu. Skupina 2 má mírně pozitivní postoj k užívání návykových látek, 93 % respondentů z této skupiny vyzkoušelo marihuanu, z toho polovina v posledním roce. Skupina 3 má pozitivní postoj k užívání návykových látek a zkusila marihuanu, více než polovina respondentů kouřila marihuanu alespoň 40x v posledním roce (viz Graf 44 až 46).

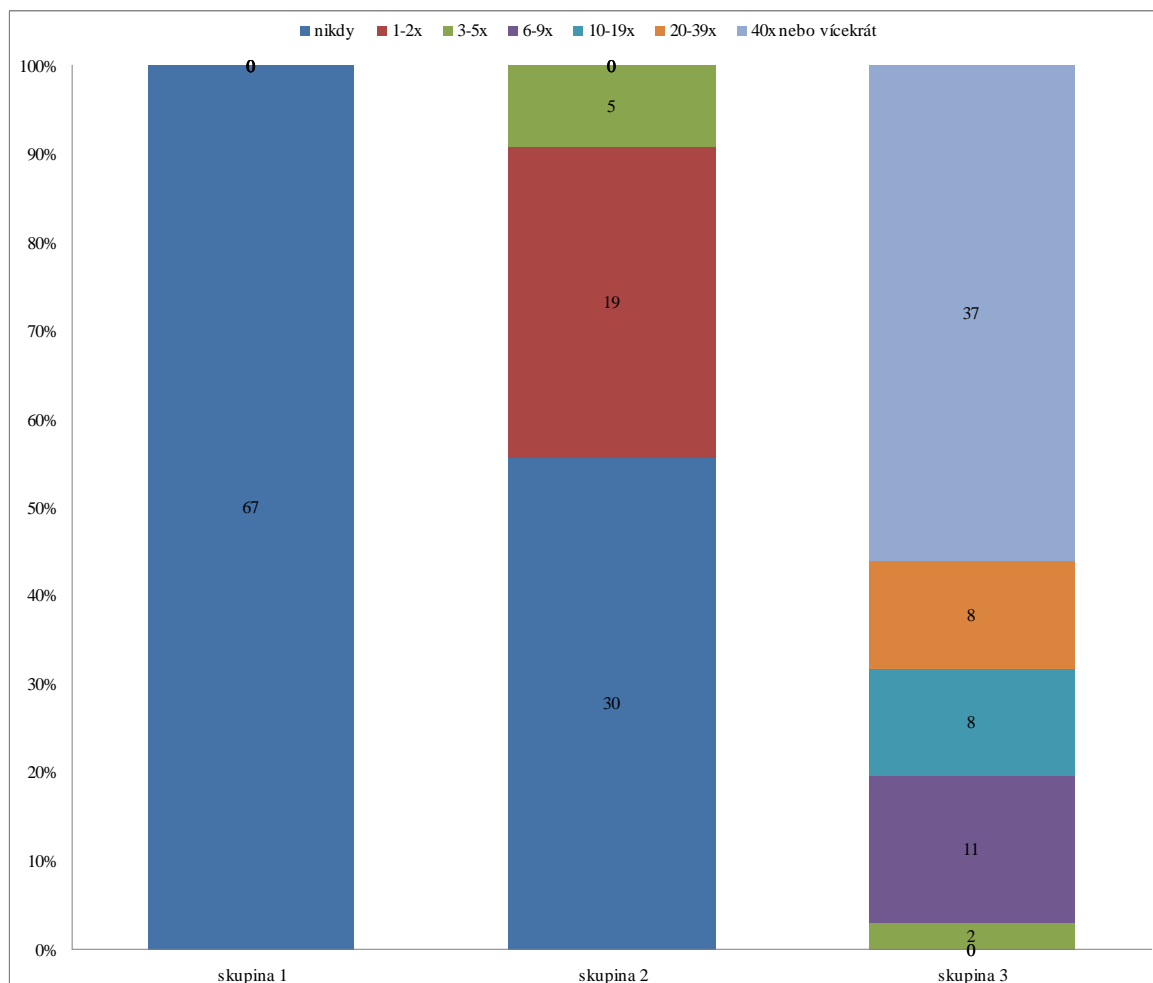
Graf 44: Skupiny podle postoje k užívání návykových látek (otázka 6) – vstupní kategorie shlukové analýzy



Graf 45: Celoživotní prevalence marihuany pro skupiny (otázka 8a) – vstupní kategorie shlukové analýzy



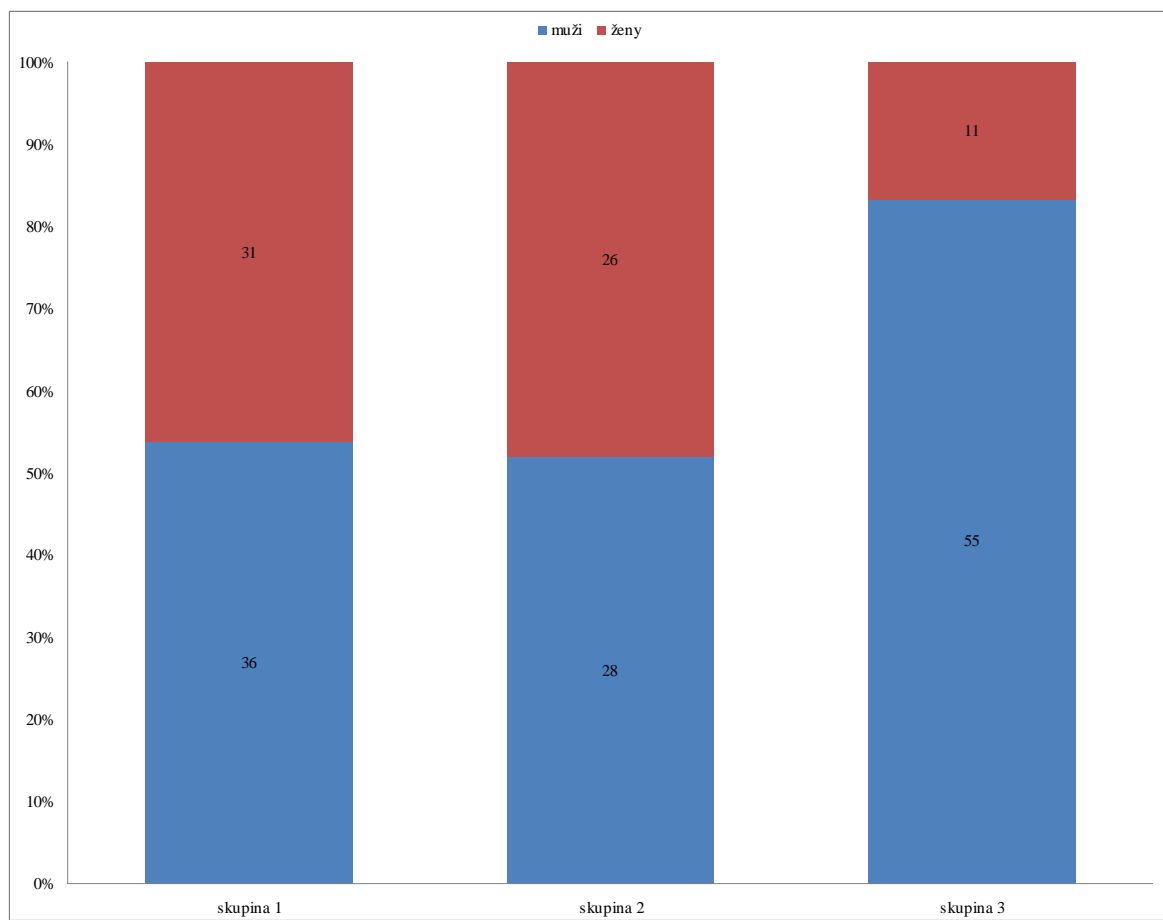
Graf 46: Četnost užívání marihuany v posledních 12 měsících pro skupiny (otázka 8b) – vstupní kategorie shlukové analýzy



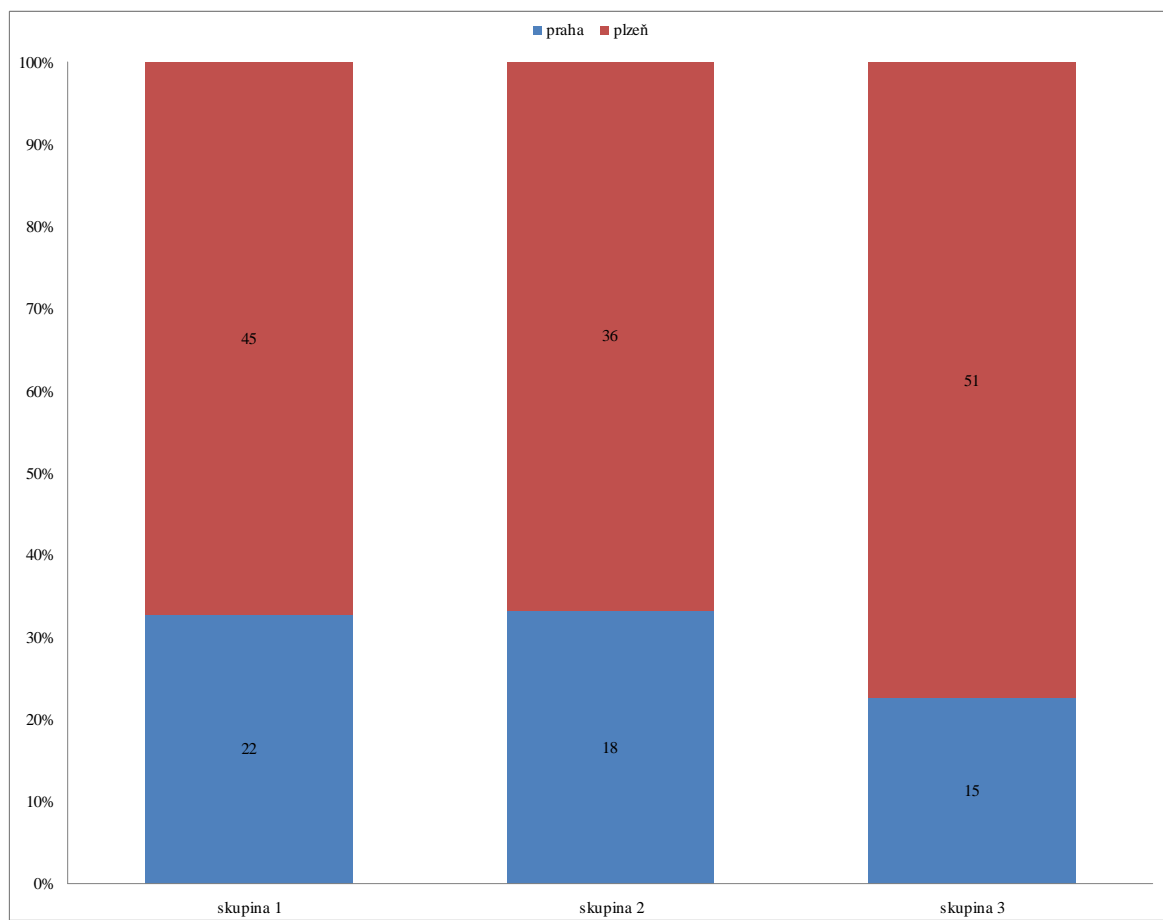
Základní výstupní charakteristiky shlukové analýzy pro 3 skupin jsou zobrazeny na grafech 47 až 49. Z hlediska pohlaví a kraje jsou první dvě skupiny srovnatelné. Odlišuje se třetí skupina, kam bylo zařazeno více plzeňských mužů než v ostatních skupinách.

Z hlediska typu výchovného ústavu je v první skupina tvořena převážně respondenty z dětských domovů (přes 80 %), v druhé skupině je tento podíl cca 60 %, třetí skupina je tvořena převážně respondenty z výchovných ústavů.

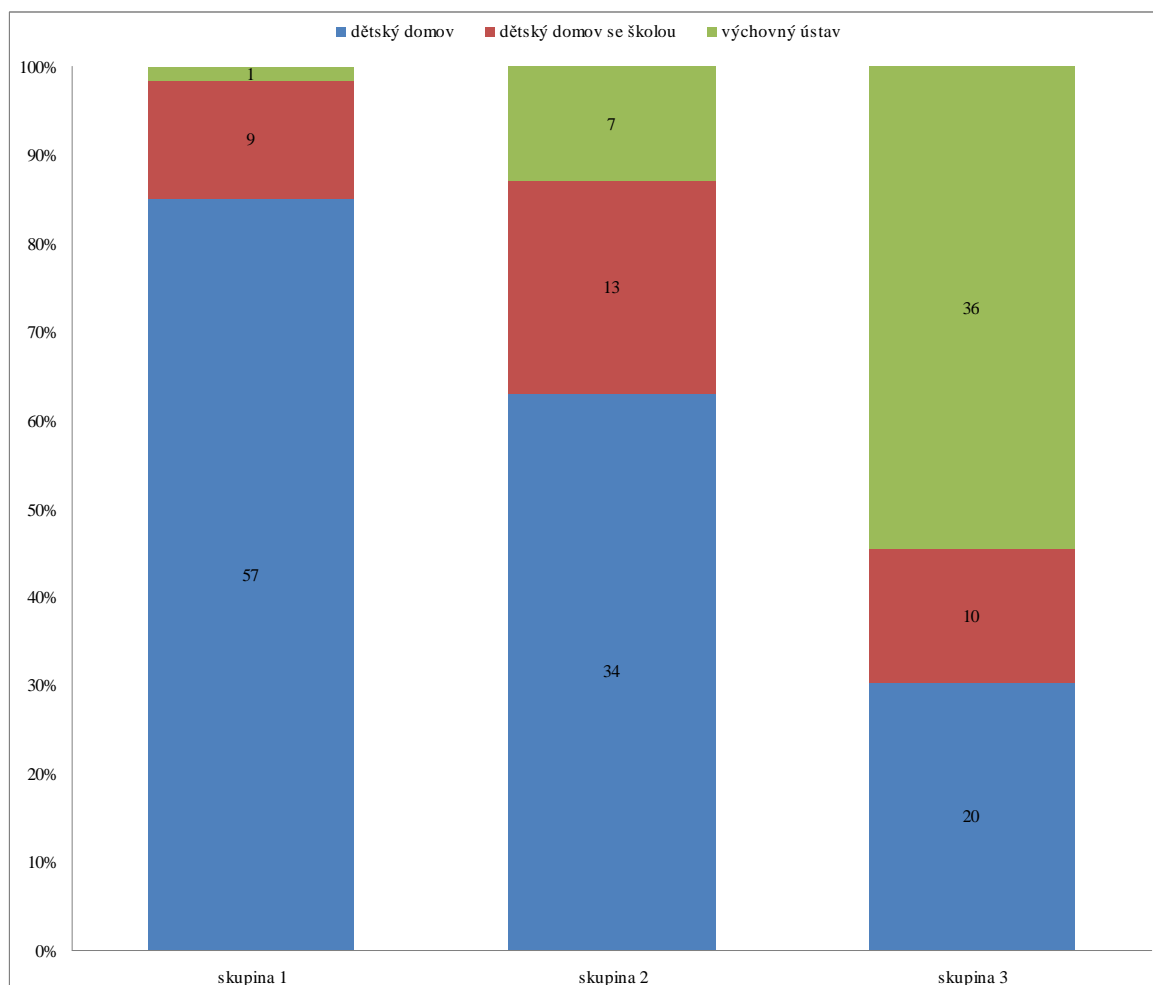
Graf 47: Skupiny podle pohlaví



Graf 48: Skupiny podle kraje



Graf 49: Skupiny podle typu ústavního zařízení



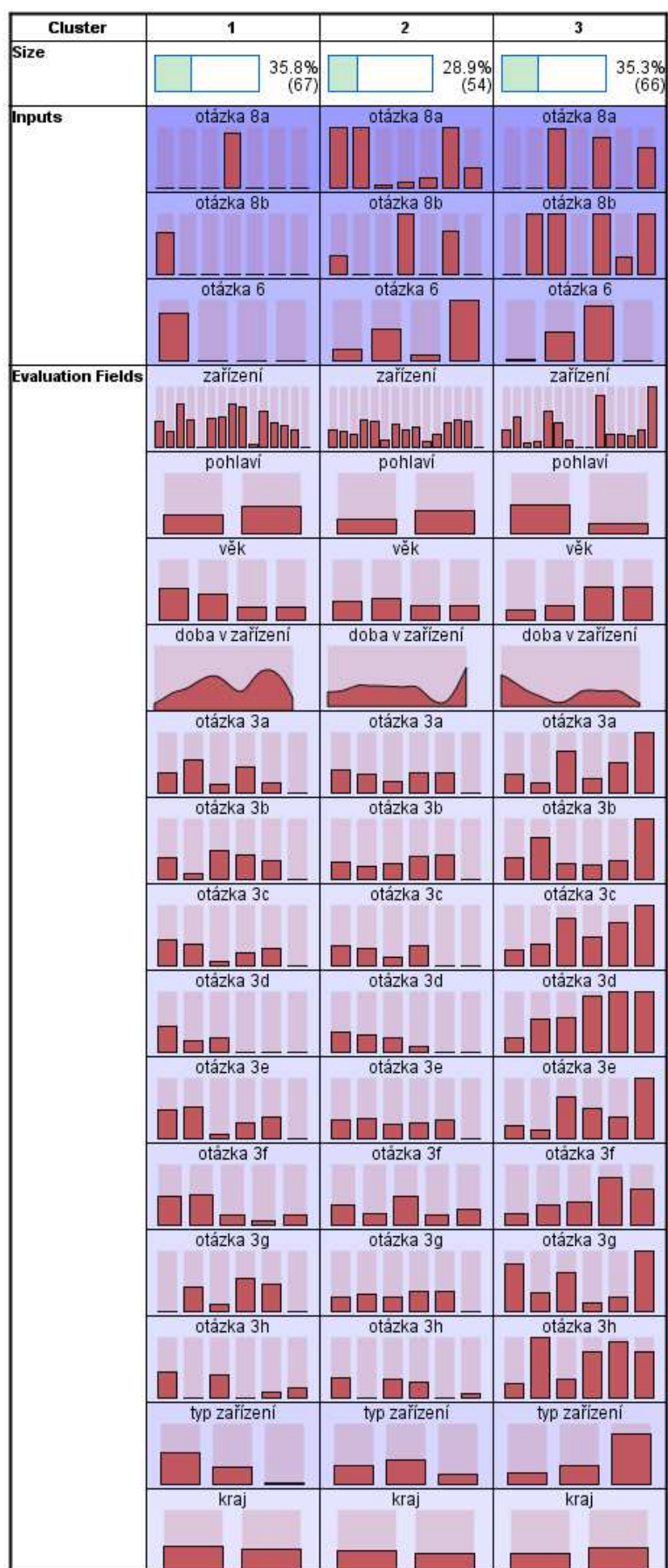
Podrobné výstupní charakteristiky shlukové analýzy pro 3 skupin jsou zobrazeny na grafech 50 až 54. Grafy jsou výstupem z programu SPSS. Pro každou otázku z obou dotazníků je na škále odpovědí zobrazena jejich relativní četnost mezi skupinami.

U první skupiny převažují odpovědi definované první možností odpovědi, ve většině případů se jedná o nízký počet vyzkoušených návykových látek, malou frekvenci užívání návykových látek, případně odpovědi typu "nikdy".

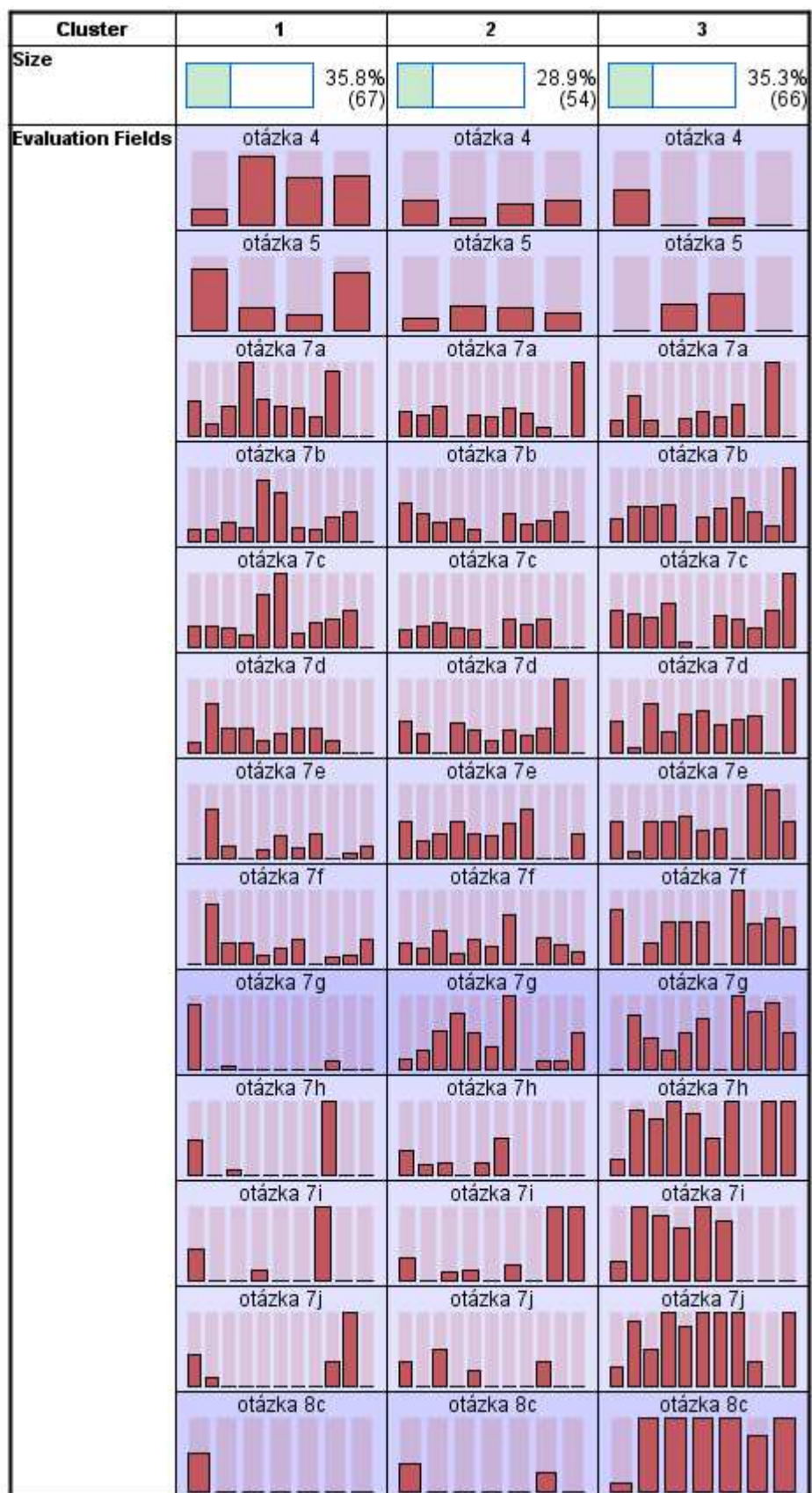
Druhá skupina je skupinou odpovídající obecně v celé škále možných odpovědí.

Třetí skupina je skupinou odpovídající na poslední možné odpovědi v rámci otázek, ve většině případů se jedná o vysoký počet vyzkoušených návykových látek, vysokou frekvenci užívání návykových látek a téměř žádné odpovědi typu "nikdy".

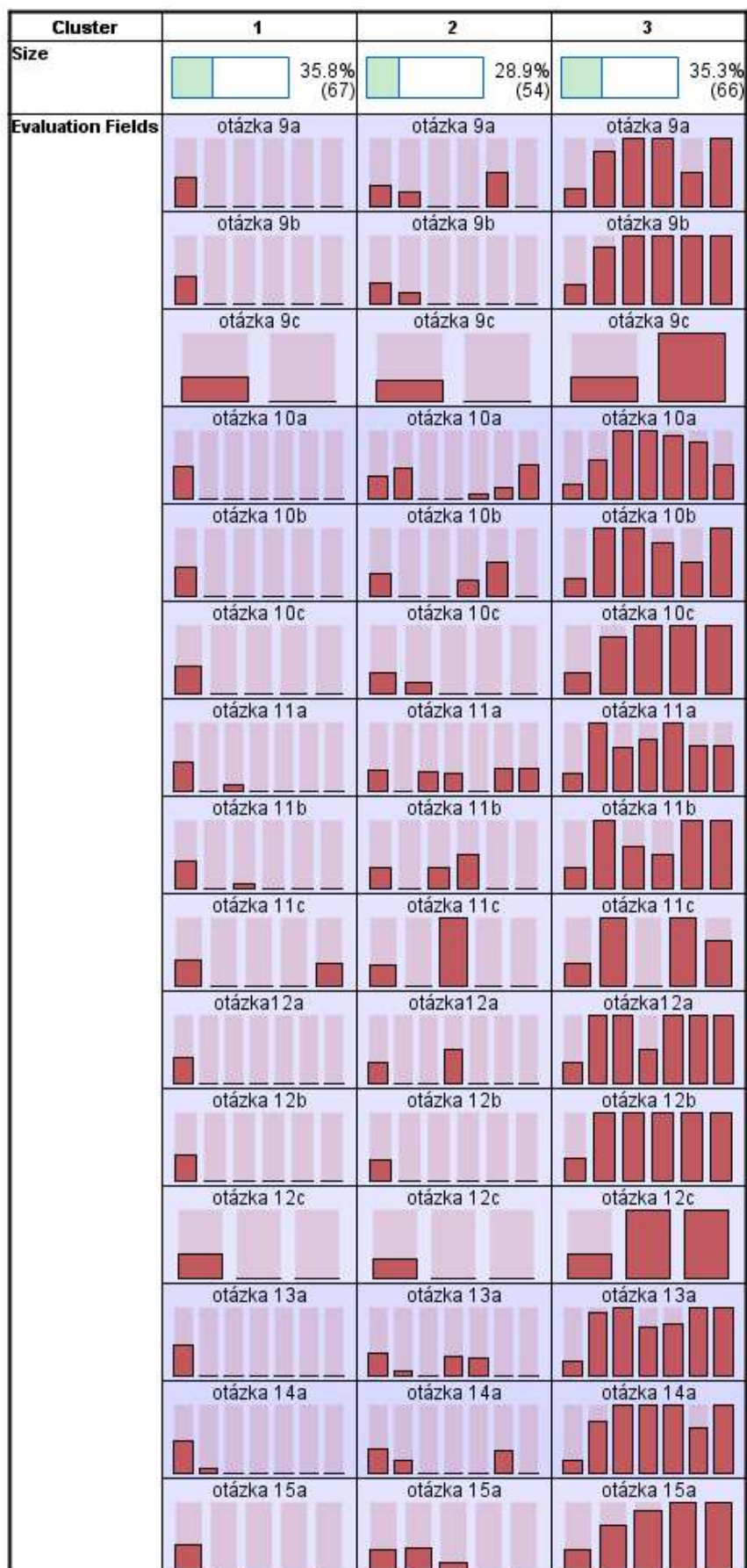
Graf 50: Odpovědi na otázky dotazníku 1 – výstupní kategorie shlukové analýzy, část 1



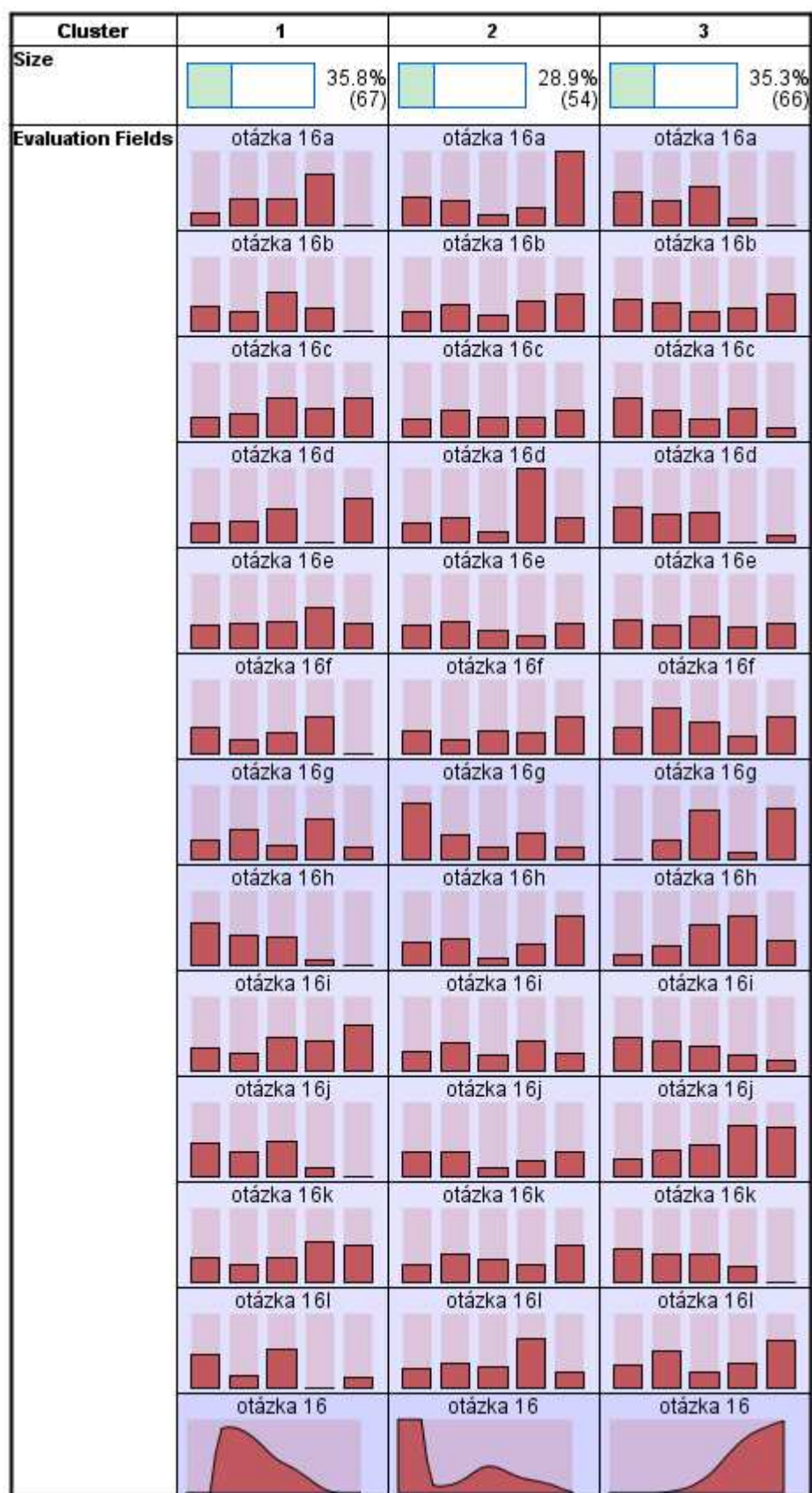
Graf 51: Odpovědi na otázky dotazníku 1 – výstupní kategorie shlukové analýzy, část 2



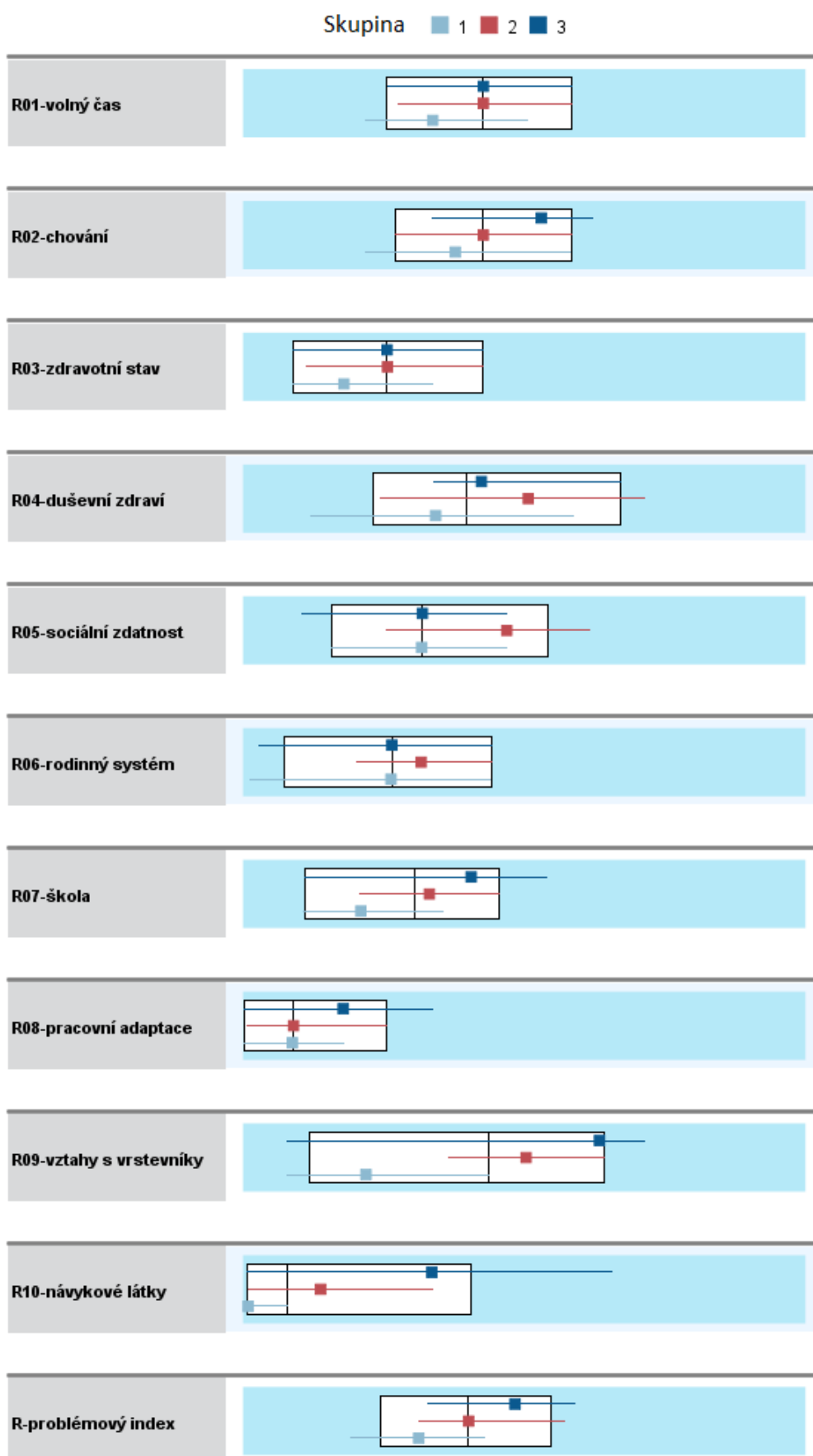
Graf 52: Odpovědi na otázky dotazníku 1 – výstupní kategorie shlukové analýzy, část 3



Graf 53: Odpovědi na otázky dotazníku 1 – výstupní kategorie shlukové analýzy, část 4



Graf 54: Odpovědi na otázky dotazníku 2 – výstupní kategorie shlukové analýzy



Na grafu 54 je znázorněno relativní srovnání středních hodnot rizikových indexů a jejich směrodatných odchylek pro různé rizikové oblasti. Výsledky jsou zobrazeny pro 3 skupiny adolescentů definovaných na základě shlukové analýzy.

Základní charakteristiky skupin podle shlukové analýzy pro různé vstupní velikosti výzkumného souboru jsou zobrazeny v tabulkách 33 a 34. Vstupní výzkumný soubor byl omezen na vybrané respondenty (např. plzeňští muži) a dvojkrokovou optimalizací K-průměrů nebo zadáním počtu 3 shluků byl rozdělen.

Citlivost kvalitativních výsledků na omezení vstupního výzkumného souboru je malá. Ve všech výzkumných souborech je skupina 1 tvořena převážně respondenty ze zařízení typu dětský domov, bez celoživotní prevalence marihuany a s nejvyšší průměrnou dobou strávenou v zařízení.

Ve všech výzkumných souborech je skupina 2 tvořena respondenty s vysokým podílem ze zařízení typu dětský domov, s velmi vysokou prevalencí marihuany. Průměrná doba strávená v zařízeních je nižší než u skupiny 1, ale vyšší než u skupiny 3.

Ve všech výzkumných souborech je skupina 3 tvořena respondenty s minimálním podílem ze zařízení typu dětský domov, se 100% prevalencí marihuany a s nejnižší průměrnou dobou strávenou v ústavních zařízeních.

Výsledky druhé tabulky ukazují, že na dělení do 3 skupin mají velký vliv plzeňští muži, kteří tvořili většinu ve skupině 3 pro úplný výzkumný soubor. Kvalitativní výsledky pro částečné výzkumné soubory jsou zachovány, kvantitativně ale dochází k rozdílným velikostem jednotlivých skupin. Například výzkumný soubor plzeňských žen je tvořen pouze z 12 % skupinou 3, zatímco pro výzkumný soubor plzeňských mužů je skupina 3 nejpočetnější.

Tabulka 33: Charakteristiky vlastností skupin pro různé výzkumné soubory

Soubor	Průměrná doba strávená v zařízení [%]			Podíl typu zařízení dětský domov ve skupině [%]			Celoživotní prevalence marihuany [%]		
	skupina 1	skupina 2	skupina 3	skupina 1	skupina 2	skupina 3	skupina 1	skupina 2	skupina 3
Muži	59,4	28,3	28,5	81,6	51,9	27,8	0,0	96,3	100,0
Ženy	45,1	41,9	13,7	80,6	86,4	30,0	2,8	100,0	100,0
Praha	39,7	29,5	9,5	91,3	68,4	38,5	0,0	94,7	100,0
Plzeň	58,3	41,3	30,3	80,0	63,9	26,9	0,0	84,1	100,0
Všichni	52,4	38,1	25,4	85,1	63,0	30,3	0,0	87,0	100,0

Tabulka 34: Charakteristiky respondentů skupin pro různé výzkumné soubory

Soubor	Podíl respondentů ve skupině [%]		
Muži	Skupina	Praha	Plzeň
	1	34,5	31,1
	2	31,0	20,0
	3	34,5	48,9
	celkem	100,0	100,0
Ženy	Skupina	Praha	Plzeň
	1	50,0	54,8
	2	30,8	33,3
	3	19,2	11,9
	celkem	100,0	100,0
Celkem	Skupina	Praha	Plzeň
	1	40,0	34,1
	2	32,7	27,3
	3	27,3	38,6
	celkem	100,0	100,0

Skupinu 1 lze charakterizovat jako „neuživatele“, skupinu 2 jako „jednorázové experimentátory“ a skupinu 3 jako „časté uživatele“.

7 Diskuse

Na základě dělení výzkumného souboru na 3 skupiny podle shlukové analýzy bylo zjištěno, že v průměru je umístění do ústavního zařízení důsledkem užívání návykových látek u těch adolescentů, kteří před umístěním do ústavního zařízení začali užívat návykové látky. Na druhé straně byla identifikována skupina adolescentů, kteří před umístěním do ústavních zařízení návykovou látku neužívali, nebo pouze jednorázově zkusili, a u kterých umístění do ústavního zařízení nebylo příčinou užívání návykových látek. Spojitost mezi umístěním v ústavním zařízení a užíváním návykových látek lze proto definovat jako důsledek (umístění důsledkem užívání), ale nikoliv jako příčinu (umístění není příčinou užívání).¹⁰

Umístění jako důsledek užívání podporují především vlastnosti skupiny 3 „častí uživatelé“ ve výsledcích shlukové analýzy. To, že umístění není příčinou užívání, podporuje především skupina 1 „neuživatelé“ a skupina 2 „jednorázoví experimentátoři“, která v ústavních zařízeních v průměru strávila nejvyšší dobu, ale časté užívání návykových látek se u nich neprojevovalo. Adolescenti ze skupin 1 a 2 byli do ústavních zařízení umístěni převážně z jiných důvodů, než je užívání návykových látek, nebo bylo užívání návykových látek pouze jeden z důvodů jejich umístění.

Na umístění do ústavního zařízení lze nahlížet z dalšího pohledu. Umístění do ústavního zařízení může být řešením problému zneužívání návykových látek. Klienti zařízení mají častou zkušenost s návykovými látkami již před umístěním do ústavního zařízení zejména v podobě experimentování s drogami či mají za sebou trestnou činnost v souvislosti s drogovou kriminalitou.

Pro skupinu 1 „neuživatelé“ a skupinu 2 „jednorázoví experimentátoři“, které byly charakterizovány vyšší průměrnou dobou strávenou v ústavních zařízeních a zároveň nižším stupněm užívání návykových látek, jsou ústavní zařízení řešením zneužívání návykových látek. Naopak pro skupinu 3 „častí uživatelé“ není umístění do ústavního zařízení řešením, za předpokladu, že úspěch v umístění se dostaví v dostatečně krátké době. Při průměrné době 2 let strávené v ústavních zařízeních je předpoklad splněn. V Praze byl relativní úspěch ústavních zařízení v řešení problému užívání návykových

¹⁰ Spojitost mezi umístěním do ústavního zařízení a užíváním návykových látek lze sledovat na příložených kazuistikách (viz Příloha D).

látek vyšší než v Plzeňském kraji, podařilo se například snížit věk prvního užívání některých návykových látek oproti celorepublikové populaci.

Vzhledem k situaci, že odpovědi na otázky týkající se užívání návykových látek jsou velmi citlivé a byly získány dotazníkovou metodou, je u nich vysoké riziko zkreslení skutečného stavu.

Výsledky mohou být ovlivněny geograficko-sociálním výběrem obou skupin. Zatímco skupina 1 pocházela z Plzeňského kraje, skupina 2 pocházela z Hlavního města Prahy. Studie ESPAD pocházela ze všech krajů České republiky. V případě rozšíření skupiny 1 a 2 na další kraje České republiky by pravděpodobně rozdíly mezi skupinami 1 a 2 byly výraznější.

Následuje zhodnocení platnosti hypotéz 1 až 7, definovaných na počátku praktické části. Pro každou hypotézu je zopakováno její tvrzení, je zhodnocena její platnost a zdůvodněny charakteristiky odpovědí respondentů, které vedly k potvrzení, nepotvrzení nebo vyvrácení hypotéz, případně jejich potvrzení pro část výzkumného souboru.

Hypotéza 1: Adolescenti z ústavních zařízení začínají užívat návykové látky v nižším věku než je celorepublikový průměr.

Tvrzení:

Průměrný věk prvního užití návykových látek je u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou nižší než průměrný věk prvního užití návykové látky u adolescentů celorepublikové populace.

Platnost:

Obecně ano. Výjimkou je pivo. Pozorovatelné regionální rozdíly mezi Prahou a Plzeňským krajem – v Praze je výjimkou ještě extáze, destilát a pervitin. Nejvýraznější rozdíl v první zkušenosti je u všech typů kouření, kde v ústavních zařízeních probíhá zhruba o 1 rok dříve.

Zdůvodnění:

Věková distribuce mužů a žen je graficky znázorněna na 18 grafech (viz Graf 6 až 23). Za předpokladu přesunu věkové skupiny 9 let a méně na věkovou skupinu 9 let a obdobně s případnými věkovými skupinami 11 let a méně, 16 let a více, je průměrný věk první

zkušenosti s návykovou látkou respondentů, kteří návykovou látku alespoň jednou zkusili, znázorněn v tabulce 35.

První cigaretu zkusí v ústavních zařízeních v průměru o 15 měsíců dříve, s každodenním kouřením začínají o 16 měsíců dříve než u celorepublikové populace a marihuanu užívají v ústavních zařízeních v průměru o 11 měsíců dříve. Užívání alkoholu je obdobné, nejvyšší rozdíl v průměrném věku prvního užití je 8 měsíců pro první opilost. První zkušenost s extází se liší o méně než 1 měsíc. První zkušenost s pervitinem mají v ústavních zařízeních o 3 měsíce dříve.

Pro pivo je rozdíl v průměrném věku prvního užití pouze 25 dní, z hlediska vstupních dat, kde je věk prvního užití znám pouze s přesností 1 roku, je rozdíl zanedbatelný. Věk prvního užití piva je u celorepublikové populace a respondentů z ústavních zařízení srovnatelný, na základě dat nelze prohlásit ani vyvrátit, že respondenti ústavních zařízení užívají pivo dříve.

Regionální rozdíly mezi Prahou a Plzeňským krajem jsou způsobeny především pražskými ženami, které v ústavních zařízeních začínají užívat návykové látky později než v celorepublikové populaci i než v ostatních ústavních zařízeních nebo než muži.

Ústavní zařízení v Praze fungují jako částečné řešení problému užívání návykových látek. Pro extázi, pivo, destilát a pervitin je věk prvního užití nejnižší v ústavních zařízeních Plzeňského kraje, poté následuje věk prvního užití v celorepublikové populaci, a nejvyšší věk prvního užití je v ústavních zařízeních Prahy. Ústavní zařízení v Praze řeší problém prvního užití návykových látek (extáze, pivo, destilát a pervitin) takovým způsobem, že výsledkem je vyšší věk prvního užití mezi adolescenty. V Plzeňském kraji takové řešení nefunguje, věk prvního užití je tam nižší než v celorepublikové populaci.

V Praze je řešení problému návykových látek pouze částečné, protože pouze oddálí užívání návykových látek, pro adolescenty s dostatečně vysokým věkem je procento uživatelů v pražských ústavních zařízeních vyšší než u celorepublikové populace (viz platnost hypotézy 2).

Tabulka 35: Průměrný věk první zkušenosti s návykovou látkou u jejích uživatelů

Návyková látka [-]	Výzkumný soubor [-]			
	espad07	praha13	plzen13	celkem13
	Průměrný věk [roky]			
marihuana	14,16	13,92	12,99	13,26
extáze	14,38	15,37	14,00	14,33
pivo	11,81	12,19	11,76	11,88
víno	12,71	12,52	12,39	12,44
destilát	13,54	13,81	12,77	13,10
opilost	14,00	13,99	13,07	13,33
pervitin	14,51	15,16	13,98	14,28
cigarety poprvé	12,11	11,26	10,64	10,83
cigarety denně	13,70	12,66	12,19	12,32

Hypotéza 2: V ústavních zařízeních je vyšší podíl adolescentů užívajících návykové látky než v celorepublikovém průměru.

Tvrzení:

Prevalence užívání návykových látek u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou je vyšší než prevalence užívání návykových látek u adolescentů celorepublikové populace.

Platnost:

Ano, platí. Podíl uživatelů konopných látek je v ústavních zařízeních o třetinu vyšší než u celorepublikové populace, u ostatních návykových látek je podíl uživatelů v ústavních zařízeních násobně vyšší, a to od 2,5násobku u těkavých látek až téměř k 7násobku u pervitinu.

Zdůvodnění:

Podle tabulky 36, které je přepisem dat z grafu 3, je patrný vyšší podíl uživatelů návykových látek v ústavních zařízeních vůči celorepublikové populaci. U konopných látek je prevalence 60 % vůči 45 % celorepublikově, u ostatních návykových látek se prevalence zvyšuje řádově z jednotek % na řádově desítky %. Nejvyšší relativní nárůst je u pervitinu, téměř 7násobný z 3,5 % na 23,8 %.

Tabulka 36: Prevalence užívání návykových látek látky u adolescentů

Návyková látka [-]	Výzkumný soubor [-]			
	espad07	praha13	plzen13	celkem13
	Podíl uživatelů [%]			
Konopné látky	45,1	55,4	62,1	60,1
Extáze	4,1	14,0	15,9	15,3
LSD/haluc	4,9	12,3	22,7	19,6
Pervitin	3,5	21,1	25,0	23,8
Opiáty	2,0	3,5	8,3	6,9
Těkavé látky	7,0	8,8	21,2	17,5

Hypotéza 3: Adolescenti z ústavních zařízení užívají návykové látky s vyšší frekvencí než adolescenti celorepublikové populace.

Tvrzení:

Četnost užívání návykových látek je mezi adolescenty s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou vyšší než mezi adolescenty celorepublikové populace.

Platnost:

Ano, platí. Pro konopné látky je podíl častých uživatelů v ústavních zařízeních 3násobný oproti celorepublikové populaci, pro extázi je podíl častých uživatelů 6násobný a pro pervitin téměř 2násobný.

Zdůvodnění:

Z hlediska četnosti užívání je uživatelé návykových látek dělí na 3 skupiny – jednorázoví uživatelé, uživatelé s vyšším počtem užití a častí uživatelé. Častými uživateli byli zvoleni takoví, kteří v dotazníku uvedli, že celoživotně danou návykovou látku užili minimálně 40x. Srovnání uživatelů podle průměrné četnosti užívání nemá smysl, protože malá skupina velmi častých uživatelů, například s užíváním v řádu tisíců, by výsledky naklonila na svou stranu.

Srovnání podílu častých uživatelů v tabulce 37 potvrzuje, že v ústavních zařízeních je podíl častých uživatelů násobně vyšší než v celorepublikové populaci. U konopných látek jsou podíly 16 % celorepublikově a 49 % v ústavních zařízeních, pro extázi 2 % a 12 %, a pro pervitin 15 % a 27 %.

Srovnání pro jiné typy návykových látek nebylo provedeno. Pro běžné návykové látky typu alkohol je podíl častých uživatelů v obou souborech vysoký, pro méně užívané

návykové látky je počet uživatelů nízký a velikost výzkumného souboru neumožní tvorbu spolehlivých výsledků.

Tabulka 37: Podíl častých uživatelů návykových látek mezi jejich uživateli

Návyková látka [-]	Výzkumný soubor [-]			
	espad07	praha13	plzen13	celkem13
	Podíl uživatelů s celoživotní frekvencí užití alespoň 40 [%]			
konopné látky	16,0	41,8	51,0	48,7
extáze	1,9	13,9	12,1	12,3
pervitin	14,6	18,6	30,5	27,4

Hypotéza 4: Adolescenti pražských ústavních zařízení začínají užívat návykové látky v nižším věku než adolescenti plzeňských ústavních zařízení.

Tvrzení:

Průměrný věk prvního užití návykových látek je u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou v Praze nižší než průměrný věk prvního užití návykové látky u adolescentů v Plzeňském kraji.

Platnost:

Ne, neplatí. Výjimkou jsou muži s vínem nebo denním kouřením. Ve všech ostatních případech je věk prvního užití nižší v ústavních zařízeních Plzeňského kraje, u žen v průměru cca o 1 rok, u mužů v průměru cca o 0,5 roku.

Zdůvodnění:

Věková distribuce mužů a žen je graficky znázorněna na 18 grafech (viz Graf 6 až 23). Za předpokladu přesunu věkové skupiny 9 let a méně na věkovou skupinu 9 let a obdobně s případnými věkovými skupinami 11 let a méně, 16 let a více, je průměrný věk první zkušenosti s návykovou látkou respondentů, kteří návykovou látku alespoň jednou zkusili, znázorněn v tabulce 38.

Hypotéza potvrzena pouze pro muže s vínem, kde v Praze dochází k prvnímu užití v průměru o 4 měsíce dříve. Hypotéza nevyvrácena pro muže s denním kouřením, kde je rozdíl obou skupin 1 měsíc. Věk počátku denního kouření je v Praze a Plzeňském kraji u mužů z ústavních zařízení srovnatelný, na základě dat nelze prohlásit ani vyvrátit, že muži ústavních zařízení v Praze začínají denně kouřit dříve.

Ve všech ostatních případech je průměrný věk prvního užití návykových látek nižší v Plzeňském kraji, a to u skupiny mužů, u skupiny žen i u celkové skupiny. U skupiny mužů začínají v Plzeňském kraji užívat návykové látky v průměru o 6,7 měsíce dříve (průměr pro všechny návykové látky). Pro ženy je takový průměr 13,2 měsíce, pro celkovou skupinu mužů a žen 9,4 měsíce.

Ve skupině mužů je nejvyšší rozdíl věku prvního užití návykové látky u extáze (21 měsíců) a pervitinu (15 měsíců). Výraznější rozdíl je pozorovatelný pro užívání alkoholu (pivo, destilát, opilost), kde je věk první zkušenost v Plzeňském kraji o 6 až 8 měsíců nižší.

Ve skupině žen je nejvyšší rozdíl věku prvního užití u destilátů (21 měsíců), většina návykových látek je pak užívána o 12 až 20 měsíců dříve. Rozdíl pod 12 měsíci mezi Prahou a Plzeňským krajem je u extáze (9 měsíců), vína (8 měsíců) a piva (necelé 2 měsíce). Rozdíly mezi ženami ve věku prvního užití v obou krajích jsou zhruba 2násobné oproti rozdílům mezi muži v obou krajích.

Řešení problému užívání návykových látek umístěním uživatelů do ústavních zařízení bylo diskutováno v hypotéze 1. Při srovnání věku prvního užití bylo v ústavních zařízeních Prahy u několika návykových látek dosaženo snížení tohoto věku až pod celorepublikovou úroveň. Při srovnání Prahy a Plzeňského kraje je podle tabulky 38 zřejmé, že v Praze je řešení problému lepší než v Plzeňském kraji pro všechny návykové látky. Adolescenti z pražských zařízení začínají užívat návykové látky později.

Pražská ústavní zařízení mají lepší výsledky než plzeňská pravděpodobně z důvodu jejich vyššího počtu, lepších finančních, informačních, personálních a dalších zdrojů. Dalším rozdílem mezi oběma kraji je jejich povaha, kdy Praha je typické velkoměsto, zatímco Plzeňský kraj je venkovským typem s druhou nejnižší hustotou obyvatel v republice. Negativní vliv na výsledek plzeňských zařízení může mít i přítomnost Plzeňského pivovaru a jeho produktů v kraji.

Tabulka 38: Průměrný věk první zkušenosti s návykovou látkou u jejich uživatelů v ústavních zařízeních

Návyková látka [-]	Výzkumný soubor [-]					
	muži		ženy		celkem	
	praha13	plzen13	praha13	plzen13	praha13	plzen13
	Průměrný věk [roky]					
marihuana	13,44	12,98	14,54	13,00	13,92	12,99
extáze	15,67	13,89	15,00	14,25	15,37	14,00
pivo	12,25	11,67	12,12	11,97	12,19	11,76
víno	11,89	12,26	13,31	12,69	12,52	12,39
destilát	13,33	12,82	14,40	12,68	13,81	12,77
opilost	13,63	13,00	14,44	13,21	13,99	13,07
pervitin	15,60	14,34	14,60	13,17	15,16	13,98
cigarety poprvé	10,85	10,60	11,79	10,74	11,26	10,64
cigarety denně	12,39	12,47	13,00	11,59	12,66	12,19

Hypotéza 5: V pražských ústavních zařízeních je vyšší podíl adolescentů užívajících návykové látky než v plzeňských ústavních zařízeních.

Tvrzení:

Prevalence užívání návykových látek látky u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou v Praze je vyšší než prevalence užívání návykových látek u adolescentů v Plzeňském kraji.

Platnost:

Platí pro ženy, neplatí pro muže. U všech hodnocených návykových látek je vyšší prevalence pro ženy podle očekávání v Praze. Pro muže byla hypotéza vyvrácena, u hodnocených návykových látek je vyšší prevalence pro muže v Plzeňském kraji. Rozdíly mezi kraji jsou vyšší u mužů (průměrně 2násobně více uživatelů v Plzeňském kraji) než u žen (průměrně o třetinu více uživatelů v Praze).

Zdůvodnění:

Podle tabulky 39, která je přepisem dat z grafů 3 až 5, je patrný vyšší podíl uživatelů mezi muži v Plzeňském kraji oproti Praze a mezi ženami v Praze oproti Plzeňskému kraji.

U mužů je vyšší celoživotní prevalence o 5 až 20 % vyšší v Plzeňském kraji než v Praze. Relativní podíl uživatelů v obou krajích je 1,15 u konopných látek, 3,3 u opiátů, 4,0 u těkavých látek, a mezi 1,4 a 1,8 u ostatních návykových látek. Nejvyšší rozdíl, 4násobný, je tedy u těkavých látek.

U žen jsou rozdíly mezi kraji nižší než u mužů. Celoživotní prevalence žen je v Praze maximálně o 8 % vyšší než v Plzeňském kraji. Relativní podíl uživatelů návykových látek v obou krajích se pohybuje od 1,05 u konopných látek a LSD k 1,6 u extáze, pervitinu a opiátů.

Průměrný rozdíl podílu uživatelů návykových látek mezi oběma kraji je 11 % u mužů a 3 % u žen (průměr pro všechny návykové látky). Relativní rozdíl je následující – u mužů 2,2násobek, u žen 1,3násobek.

Ve zdůvodnění hypotéz 1 a 4 byl diskutován vliv ústavních zařízení na řešení problému užívání návykových látek. Závěrem diskuze bylo, že 1) ústavní zařízení jsou schopna v oblasti řešení problému pouze oddálit věk prvního užívání návykových látek a ne prevalenci v užívání, a že 2) ústavní zařízení v Praze dosahují lepších výsledků v řešení problému. Věk prvního užití návykové látky je u mužů nižší než u žen, viz tabulka 38. Na základě výše uvedeného lze zdůvodnit potvrzení hypotézy 5 pro dílčí výzkumný soubor žen a vyvrácení pro dílčí výzkumný soubor mužů. Protože řešení ústavních zařízení funguje lépe v Praze a především pro oddálení věku prvního užití, platí hypotéza pro ženy, u nichž je věk prvního užití vyšší a pražské řešení na ně nemá výraznější vliv. Naopak u mužů s nižším věkem prvního užití řešení v Praze, například z důvodu lepšího zázemí tamních zařízení, funguje lépe.

Tabulka 39: Prevalence užívání návykových látek látky u adolescentů v ústavních zařízeních

Návyková látka [-]	Výzkumný soubor [-]					
	muži		ženy		celkem	
	praha13	plzen13	praha13	plzen13	praha13	plzen13
	Průměrný věk [roky]					
Konopné látky	60,0	68,9	50,0	47,6	55,4	62,1
Extáze	13,3	18,9	14,8	9,5	14,0	15,9
LSD/haluc	16,7	30,0	7,4	7,1	12,3	22,7
Pervitin	20,0	30,0	22,2	14,3	21,1	25,0
Opiáty	3,3	11,1	3,7	2,4	3,5	8,3
Těkavé látky	6,7	26,7	11,1	9,5	8,8	21,2

Hypotéza 6: Adolescenti pražských ústavních zařízení užívají návykové látky s vyšší frekvencí než adolescenti plzeňských ústavních zařízení.

Tvrzení:

Četnost užívání návykových látek je mezi adolescenty s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou v Praze vyšší než mezi adolescenty v Plzeňském kraji.

Platnost:

Platí pro ženy, neplatí pro muže. U všech hodnocených návykových látek je vyšší prevalence pro ženy podle očekávání v Praze. Pro muže byla hypotéza vyvrácena, u hodnocených návykových látek je vyšší prevalence pro muže v Plzeňském kraji. Rozdíly mezi kraji jsou vyšší u žen (průměrně o 50 % více uživatelů v Praze) než u mužů (průměrně o třetinu více uživatelů v Plzeňském kraji).

Zdůvodnění:

Srovnání podílu častých uživatelů v tabulce 40 potvrzuje, že u žen je v ústavních zařízeních Prahy více uživatelů návykových látek. Konopné látky užívá v Plzeňském kraji 25 % žen, v Praze je to 39 % žen. U ostatních hodnocených návykových látek ženy mezi časté uživatele nepatří.

Srovnání mužů ukazuje vyšší podíl častých uživatelů v Plzeňském kraji pro konopné látky a pervitin. Při definování častého uživatele jako takového, který danou návykovou látku užil alespoň 40x, je v Plzeňském kraji nižší podíl častých uživatelů extáze. Z důvodu rozdílného počtu uživatelů v kategorii 3x-39x lze i pro extázi u mužů prohlásit, že patří k častějším uživatelům, protože pro frekvence užívání 3x a vícekrát je podíl uživatelů v Plzeňském kraji 64,6 %, ale pouze 50,0 % v Praze.

U všech tří hodnocených návykových látek je podíl mužských uživatelů mezi oběma kraji srovnatelný, pohybuje se od 1,33 do 1,42, v Plzeňském kraji je zhruba o třetinu více častých uživatelů než v Praze. Procentuální rozdíl častých uživatelů mezi oběma kraji se u hodnocených návykových látek pohybuje od 10 % do 20 %.

Srovnání pro jiné typy návykových látek nebylo provedeno. Pro běžné návykové látky typu alkohol je podíl častých uživatelů v obou souborech vysoký, pro méně užívané návykové látky je počet uživatelů nízký a velikost výzkumného souboru neumožní tvorbu spolehlivých výsledků.

Tabulka 40: Podíl častých uživatelů návykových látek mezi jejich uživateli v ústavních zařízeních

Návyková látka [-]	Výzkumný soubor [-]					
	muži		Ženy		celkem	
	praha13	plzen13	praha13	plzen13	praha13	plzen13
	Podíl uživatelů s celoživotní frekvencí užití alespoň 40 [%]					
konopné látky	44,4	62,9	38,5	25,0	41,8	51,0
extáze	25,0	17,6	0,0	0,0	13,9	12,1
pervitin	33,3	44,4	0,0	0,0	18,6	30,5

Hypotéza 7: Adolescenti s kratší dobou strávenou v ústavních zařízeních užívají návykové látky častěji než adolescenti s delší dobou pobytu v ústavních zařízeních.

Tvrzení:

Prevalence užívání návykových látek je u adolescentů s dříve nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou nižší než prevalence užívání návykových látek u adolescentů s později nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou.

Platnost:

Ano, platí. Podle shlukové analýzy jsou respondenti z ústavních zařízení rozděleni do tří skupin, které se liší četností užívání návykových látek a zároveň dobou strávenou v ústavních zařízeních i samotným typem ústavního zařízení.

Zdůvodnění:

Skupina 1 má negativní postoj k užívání návykových látek a nikdy nezkusila marihuanu. Skupina je tvořena převážně respondenty z dětských domovů (přes 80 %).

Skupina 2 má mírně pozitivní postoj k užívání návykových látek, 93 % respondentů z této skupiny vyzkoušelo marihuanu, z toho polovina v posledním roce. Skupina je tvořena převážně respondenty z dětských domovů (cca 60 %).

Skupina 3 má pozitivní postoj k užívání návykových látek a zkusila marihuanu, více než polovina respondentů kouřila marihuanu alespoň 40x v posledním roce. Skupina je tvořena převážně respondenty z výchovných ústavů.

Skupina 1 je charakterizovaná jako „neuživatelé“, skupina 2 jako „jednorázoví experimentátoři“ a skupina 3 jako „častí uživatelé“. Průměrná doba strávená v ústavních zařízeních je shrnuta v tabulce 41.

Tabulka 41: Průměrná doba strávená v ústavních zařízeních

Charakteristika	Skupina 1	Skupina 2	Skupina 3
Průměrná doba strávená v zařízení [měsíce]	52,4	38,1	25,4
Podíl typu zařízení dětský domov ve skupině [%]	85,1	63,0	30,3
Podíl typu zařízení výchovný ústav ve skupině [%]	1,5	13,0	54,5
Celoživotní prevalence marihuany [%]	0,0	87,0	100,0
Prevalence marihuany v posledním roce [%]	0,0	44,4	100,0
Užili marihuanu alespoň 40x v životě [%]	0,0	3,7	83,3
Užili marihuanu alespoň 40x v posledním roce [%]	0,0	0,0	56,1

Použitý výzkumný soubor o velikosti 195 oproti 10187 ve studii ESPAD je z hlediska míry reprezentativnosti shodný se studií ESPAD. Důvodem je srovnatelné procento respondentů ve výzkumném souboru vůči všem potencionálním respondentům. Maximální výzkumný soubor pro studii ESPAD tvoří adolescenti narození ve stejném roce, tj, cca 100 000. Pro ústavní zařízení se stejně reprezentativním souborem (10 % maximálního) vychází počet adolescentů ve všech výzkumných zařízeních Prahy a Plzeňského kraje cca 2000. Protože je tento počet nižší, je míra reprezentativnosti výzkumu v ústavních zařízeních v obou krajích alespoň taková, jako u studie ESPAD.

8 Doporučení pro oblast teorie a praxe speciální pedagogiky

Stále se setkáváme s negativním postojem společnosti k dětem z ústavních zařízení. Jejich sociální status je často mnohem nižší než u majoritní společnosti. Postoj k nim bývá ovlivněn iracionálními předsudky a často právě malou informovaností veřejnosti. Tyto děti patří ke skupině, která bývá poměrně často negativně označována – ať již např. vzhledem k etnickému původu, z důvodu záškoláctví, útěků či experimentování s návykovými látkami.

V naší společnosti převládá poměrně silná tendence děti z ústavních zařízení odsoudit a stigmatizovat. Toto celospolečenské odsouzení a nálepka „špatného dítěte“, vede dotyčného jedince spíše ke ztotožnění se s tímto označením. To samo o sobě může vést k ještě rychlejší změně životního stylu a přijetí společensky nežádoucích způsobů chování.

Mluvíme o fenoménu tzv. nálepkování (labeling), který je spojen se zjednodušeným vnímáním každého jedince. Ve společnosti se neopodstatněné negativní nálepkování objevuje často, neboť tyto děti mohou ve druhých budit pocit strachu, jsou spojovány s agresivitou, neukázněností či nevychovaností. Je však potřeba mít na paměti, že labeling může mít vliv na celý další život dítěte.

Na základě analýzy dotazníkového šetření a na podkladě analýzy odborné literatury formulujeme na tomto místě doporučení pro oblast teorie a praxe speciální pedagogiky. Doporučení je diferencováno do dílčích oddílů směřovaných k nejširší veřejnosti, rodičům a k odborným pracovníkům či studentům příslušných oborů.

Doporučení směrem k veřejnosti a k rodičům

Za nezbytné je považována osvětová činnost cílená nejširší veřejnosti. Její realizace prostřednictvím metod mluveného slova (přednášek, besed, individuálních rozhovorů, televize či rádia) i metod slova tištěného (knih, brožur, článků, internetu) může vhodným způsobem poskytnout veřejnosti přístupné informace týkající se užívání návykových látek u dětí z ústavních zařízení a tím oslabovat předsudky, které panují ve společnosti o dané problematice.

Osvětová činnost by měla být zaměřována na širokou veřejnost i rodiče zabývající se náhradní rodinnou výchovou těchto dětí. Rodiče dětí mají nárok na získání dostatku

kvalitních informací o problematice užívání návykových látek. Kromě již zmíněných informací je nezbytná psychická podpora, uznání a pomoc se zprostředkováním kontaktů na další odborníky a rodiče.

Z hlediska užšího rozsahu by měla spočívat v individuálních rozhovorech s rodiči, vychovateli či učiteli. Během pohovorů by se měly projednávat konkrétní výchovné problémy a hledat společné cesty k nejoptimálnějšímu řešení.

Příkladem osvětové činnosti mohou být tematicky zaměřené odborné semináře organizované sdružením Barevný svět dětí, jehož cílem je pomáhat integrovat děti vyloučené sociální exkluzí zpět do společnosti a zároveň pomoci dospívajícím opouštějící ústavní zařízení vkročit do úspěšně do dalšího života.

Doporučení směrem k odborným pracovníkům a studentům příslušných oborů

Důležitá je aktivní participace všech odborníků na řešení problematiky užívání návykových látek mezi dětmi s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou. Důležitá je multidisciplinární spolupráce. Daná oblast by se neměla týkat jen studentů speciálně-pedagogických vědních disciplín, ale i studentů dalších společenskovědních disciplín (např. psychologie, sociologie) či studentů lékařských či jiných zdravotnických oborů (např. adiktologie).

Závěr

Současná společnost je význačná nárůstem počtu dospívajících, jejichž chování ohrožuje jejich zdraví, jejich životy a omezuje šance na úspěšný budoucí život. Dospívání je přirozeně obdobím experimentování a podstupování rizik, avšak někteří mladí lidé vykazují rizikovější životní styl charakterizovaný užíváním návykových látek, problémy ve škole, nebezpečným sexuálním chováním, delikvencí a násilím. Děti z ústavních zařízení jsou považovány za jednu z nejohroženějších skupin. U některých z nich navíc riziko stoupá v závislosti na genetických predispozicích, nepříznivé rodinné anamnéze, traumatech z dětství, psychickém zdraví a mnohém dalším. Mnoho mladých lidí tak vyrůstá v podmínkách, které omezují rozvoj jejich potenciálu a obecně omezují jejich šance na úspěšný život.

Předložená disertační práce si stanovila za cíl rozšířit v rovině teoretické i praktické aktuální stav poznatků týkajících se primárně užívání návykových látek u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou. Hlavním motivem se stala absence tuzemského výzkumného šetření, které by mapovalo stávající situaci a nepřítomnost práce, jež by tuto oblast globálním způsobem popsala.

Teoretická část se zaměřuje na základní vhled do zkoumané problematiky. Popsáno je zde období dospívání včetně jeho specifik a nebezpečí v podobě syndromu rizikového chování se zaměřením na užívání návykových látek. Jsou zde charakterizovány ohrožené skupiny mladých lidí a objasněna role rizikových a ochranných faktorů v užívání návykových látek. Prostor byl věnován terminologickému vymezení náhradní výchovy v resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, vyzdvihnout byl význam zdravého životního stylu a prevence.

Na základě analýzy dotazníkového šetření byly zjištěny následující skutečnosti:

1. Průměrný věk prvního užití návykových látek je u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou nižší než průměrný věk prvního užití návykové látky u adolescentů celorepublikové populace.
2. V ústavních zařízeních je vyšší podíl adolescentů užívajících návykové látky než v celorepublikové populaci.
3. Adolescenti z ústavních zařízení užívají návykové látky s vyšší frekvencí než adolescenti celorepublikové populace.

4. Bylo vyvráceno, že průměrný věk prvního užití návykových látek je u adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou v Praze nižší než průměrný věk prvního užití návykové látky u adolescentů v Plzeňském kraji.
5. Pro ženy bylo potvrzeno a pro muže bylo vyvráceno, že podíl adolescentů užívajících návykové látky v Praze je vyšší než podíl adolescentů užívajících návykové látky v Plzeňském kraji.
6. Pro ženy bylo potvrzeno a pro muže bylo vyvráceno, že adolescenti pražských ústavních zařízení užívají návykové látky s vyšší frekvencí než adolescenti plzeňských ústavních zařízení.
7. Adolescenti s kratší dobou strávenou v ústavních zařízeních užívají návykové látky častěji než adolescenti s delší dobou pobytu v ústavních zařízeních.

Shlukovou analýzou byl výzkumný soubor rozdělen na 3 skupiny - „neuživatelé“, „jednorázoví experimentátoři“ a „častí uživatelé“. Skupina neuživatelů měla nejvyšší průměrnou dobu strávenou v ústavních zařízeních, zatímco skupina častých uživatelů strávila v ústavních zařízeních nejméně času. Spojitost mezi umístěním v ústavním zařízení a užíváním návykových látek lze proto definovat pouze jako důsledek (umístění důsledkem užívání), ale nikoliv jako příčinu (umístění není příčinou užívání). Podíl zařízení typu výchovný ústav byl nejvyšší ve skupině častých uživatelů, v ostatních dvou skupinách převažoval dětský domov. To, že umístění není příčinou užívání, podporuje především skupina neuživatelů a skupina jednorázových experimentátorů, která v ústavních zařízeních v průměru strávila nejvyšší dobu, ale častější užívání návykových látek se u nich neprojevovalo. Adolescenti z těchto skupin byli do ústavních zařízení umístěni převážně z jiných důvodů, než je užívání návykových látek, nebo bylo užívání návykových látek pouze jeden z důvodů jejich umístění.

Ústavní zařízení jako řešení problému zneužívání návykových látek funguje lépe v Praze než v Plzeňském kraji. Důvodem může být vyšší počet zařízení v Praze a jejich lepší přístup k finančním, informačním, personálním a dalším zdrojům. Řešení je pouze částečné a spočívá v oddálení věku prvního užití návykových látek. Částečné řešení s výsledným oddálením užívání je ve spojení s nižším věkem prvního užití mužů oproti ženám důvodem rozdílného chování obou pohlaví v ústavních zařízeních v Praze a v Plzeňském kraji.

Na otázku "Školy by měly informovat o skutečném nebezpečí drog" souhlasně odpovědělo 80 respondentů z ústavních zařízení. Vysoký podíl kladných odpovědí ukazuje, že v ústavních zařízeních může být k dispozici dostatek informací o návykových látkách, ale chybí možnost jejich ověření. Rozšíření přístupu k internetu v ústavních zařízeních by mělo být jednou z prevencí zneužívání návykových látek.

Výzkum ukázal na problém labelingu. Umístění do ústavního zařízení může být řešením u skupiny častých uživatelů, ale pro skupiny neuživatelů a jednorázových experimentátorů není umístění do ústavních zařízení příčinou významného zvýšení zneužívání návykových látek. Další možností prevence zneužívání návykových látek by mohla být vyšší informovanost o problému labelingu, aby se adolescenti ze skupin neuživatelů a jednorázových uživatelů ve vyšším věku nepřesunuli do skupiny častých uživatelů.

Závěrem lze ale říci, že odpovědi na otázky týkající se užívání návykových látek jsou velmi citlivé a byly získány dotazníkovou metodou a je u nich vysoké riziko zkreslení skutečného stavu.

Návykové látky u jedinců z ústavních zařízení jsou problematikou komplikovanou, nesmírně širokou a oblastí nabízející prostor pro další výzkumná šetření.

Resumé

Disertační práce se věnovala problematice užívání návykových látek mezi adolescenty s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou a byla členěna do dvou hlavních pasáží – na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část byla rozdělena na několik kapitol, přičemž každá z nich se podrobně zabývala aktuálními informacemi k dané problematice. V první kapitole jsme sumarizovali informace týkající se specifík období dospívání, včetně jeho rizik v podobě syndromu rizikového chování. Druhá a třetí kapitola byla zaměřena na popis syndromu rizikového chování v dospívání s akcentací na problematiku užívání návykových látek. Čtvrtá kapitola se věnovala ohroženým skupinám mladých lidí, včetně popisu role rizikových a ochranných faktorů v užívání návykových látek. Pátá kapitola se zabývala terminologickým vymezením náhradní výchovy v resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. V závěrečné kapitole teoretické části byla probrána prevence užívání návykových látek a možnosti léčby závislosti u dospívajících.

Praktická část byla cílena na analýzu stávající situace v užívání návykových látek mezi adolescenty ústavních zařízení v Hlavním městě Praze a v Plzeňském kraji. Za hlavní výzkumnou metodu byl zvolen dotazník, který byl distribuován adolescentům žijícím ve třech typech ústavních zařízení – v dětských domovech, dětských domovech se školou a výchovných ústavech. Veškeré odpovědi na otázky byly zpracovány formou tabulek a grafů a ze získaných údajů byly provedeny statistické výpočty.

Nedílným elementem disertační práce byla analýza získaných výsledků, doporučení pro oblast teorie a praxe speciální pedagogiky a sumarizující závěr.

Summary

Dissertation thesis pursued the issue of substance use among adolescents with decreed institutional and imposed protective care and was divided into two main passages – a theoretical and a practical part.

The theoretical part was divided into several chapters, each of them deals with up-to-date information on the issue. In the first chapter, we summarized the information concerning the specifics of adolescence, including its risks in the form of risk behavior syndrome. The second and the third chapter focused on the general description of risk behavior syndrome in adolescence with an accent on the issue of substance use. The fourth chapter was devoted to vulnerable groups of young people, including a description of the role of risk and protective factors in substance use. The fifth chapter dealt with terminological definition of an alternative education in the Ministry of Education, Youth and Sports. In the final chapter of the theoretical part, prevention of substance use and addiction treatment options among adolescents were discussed.

The practical part was aimed at the analysis of the current situation regarding the substance use among adolescents in institutional facilities in Prague and in Plzeň Region. The questionnaire, which was distributed to adolescents living in three types of institutional facilities (children's homes, children's homes with school and educational institutes), was chosen as the main research method.

All answers to questions were processed in the form of tables and charts. Statistical calculations were carried out from acquired data. Integral element of the thesis was the analysis of obtained results, recommendations for the theory and practice of special education and conclusion summary.

Seznam použitých zdrojů

Seznam použitých českých zdrojů

BINAROVÁ, Ivana, 2005. Období adolescence. In: ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd., dotisk. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 111-117 s. ISBN 80-244-0629-2.

BINAROVÁ, Ivana, 2005b. Období dospívání. In: ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd., dotisk. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 101-110. ISBN 80-244-0629-2.

CAHOVÁ, Pavlína, Jana PEJČOCHOVÁ a Hana OŠLEJŠKOVÁ, 2010. Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita. *Neurológia pre prax*, roč. 11, č. 6, s. 367-371. ISSN 1335-9592.

CARPENTIER, Chloé, 2007. Drogy a trestná činnost – složitý vztah. *Úkol drogy: periodikum Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost*, roč. 5, č. 16. ISSN 1725-8480.

CSÉMY, Ladislav, Karel NEŠPOR a Hana SOVINOVÁ, 2001. *Problémy s alkoholem v rodině*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-189-2.

CSÉMY, Ladislav, Pavla CHOMYNOVÁ a Petr SADÍLEK, 2009. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-87041-94-9.

CSÉMY, Ladislav a Pavla CHOMYNOVÁ, 2012. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách: Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011. *Zaostřeno na drogy*, roč. 10, č. 1. ISSN 1214-1089.

ČABLOVÁ, Lenka, 2012. Dovednosti pro život (Life skills). In: MIOVSKÝ, Michal a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, s. 173-178 s. ISBN 978-80-87258-89-7.

ČAČKA, Otto, 2000. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. 1. vyd. Brno: Doplněk. ISBN 80-7239-060-0.

ČAPEK, Robert, 2010. *Třídní klima a školní klima*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2742-4.

ČERNÝ, Milan a Pavla Lejčková, 2007. Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek: Co funguje a nefunguje v primární prevenci. *Zaostřeno na drogy*, roč. 5, č. 2. ISSN 1214-1089.

ČESKO, 1995. Zákon č. 40 ze dne 9. února 1995 o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákon č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 8.

ČESKO, 2002. Zákon č. 109 ze dne 5. února 2002 o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 48.

ČESKO, 2003. Zákon č. 218 ze dne 25. června 2003 o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže). In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 79.

ČESKO, 2005. Zákon č. 379 ze dne 19. srpna 2005 o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 133.

ČESKO, 2006. Vyhláška ze dne 30. srpna 2006, kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 142.

ČIHOVSKÝ, Jaroslav, 2006. *Sociologický výzkum: studijní text pro posluchače FTK UP Olomouc*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

DAŘÍLEK, Pavel, 1998. Žák a motivace. In: KUSÁK, Pavel a Pavel DAŘÍLEK. *Pedagogická psychologie – část A*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, s. 60-72. ISBN 80-7067-837-2.

DOBIÁŠOVÁ, Dana, Jiří BROŽA a Kamil KALINA, 2008. Poradenství a práce s motivací. In: KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 121-130 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

DUCHONĚ, Bedřich a Jana Šafránková, 2008. *Management: integrace tvrdých a měkkých prvků řízení*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck. ISBN 978-80-7400-003-4.

- DUNOVSKÝ, Jiří a kol., 1999. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-254-9.
- FARKOVÁ, Marie, 2009. *Dospělost a její variabilita*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2480-5.
- FISCHER, Slavomil a Jiří Škoda, 2009. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2781-3.
- EMCDDA, 2010. *Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-254-6807-4.
- EMCDDA, 2010. *Problémy související s užíváním drog u dětí do 15 let*. 1. vydání v českém jazyce. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-254-6806-7.
- GABRHELÍKOVÁ MÜLLEROVÁ, Pavlína, 2008. Uživatelé drog v konfliktu se zákonem. In: KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 275-288. ISBN 978-80-247-1411-0.
- GILLERNOVÁ, Ilona, 2005. Způsob výchovy v současné české rodině z pohledu dospívajících chlapců a dívek. In: HELLER, Daniel, Jana PROCHÁZKOVÁ a Irena SOBOTKOVÁ. *Psychologické dny 2004: svět žen a svět mužů. Polarita a vzájemné obohacování*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1059-1.
- GILLERNOVÁ, Ilona, 2011. Změny rodičovských stylů výchovy v české rodině. In: GILLERNOVÁ, Ilona a kol. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada, s. 121-134. ISBN 978-80-247-2798-1.
- GROHMANNOVÁ, Kateřina, 2007. Úvod do adiktologie - terminologie, modely a přístupy. In: MARTANOVÁ, Veronika a kol. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Praha: Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a VFN Univerzita Karlova v Praze, s. 114-118. ISBN 978-80-254-0525-3.
- HAMANOVÁ, Jana, 2009. Dospívání a některé jeho zdravotní problémy. In: MACHOVÁ, Jitka, Dagmar KUBÁTOVÁ a kol. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 171-191 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- HAMANOVÁ, Jana a Pavel KABÍČEK, 2001. Syndrom rizikového chování v dospívání. *Lékařské listy*, roč. 50, č. 4, s. 38-40. ISSN 0044-1996.

- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2009. *Psychologický slovník*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1.
- HAVLÍN, Miroslav, 2001. Použití nízkodávkované antikoncepce u mladistvých. *Lékařské listy*, roč. 50, č. 32, s. 29. ISSN 0044-1996.
- HEJNA, Dalibor, 2003. Důležitost nalezení smyslu vlastního života v prevenci sociálně patologických jevů. In: *Primární prevence sociálně patologických jevů v pedagogické praxi 6*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, s. 5-8. ISBN 80-7044-486-X.
- HELUS, Zdeněk, 2011. *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3037-0.
- HŘÍBKOVÁ, Lenka, 2009. *Nadání a nadání: pedagogicko-psychologické přístupy, modely, výzkumy a jejich vztah ke školské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1998-6.
- HUBINOVÁ, Saša, 2005. Prekurzory. In: ŠTABLOVÁ, Renata, Břetislav BREJCHA a kol. *Drogy: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Policejní akademie České republiky, s. 49-59. ISBN 80-7251-186-6.
- CHRTOVÁ, Ivana, 2012. *Důvody a rozsah užívání drog u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí*. České Budějovice. Vedoucí bakalářské práce Pavel Vácha.
- ILLES, Tom, 2002. *Děti a drogy: fakta, informace, prevence*. 2., upr. vyd. Praha: ISV. ISBN 80-85866-50-1.
- JEDLIČKA, Richard a Jaroslav KOŤA, 1998. *Aktuální problémy výchovy: analýza a prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-555-8.
- KABÁTKOVÁ, Petra, 2007. TK pro dospívající. In: NEVŠÍMAL, Petr a kol. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: česká praxe*. 1. vyd. Praha: Magistrát hl. m. Prahy, s. 247-262. ISBN 978-80-254-3331-7.
- KABÍČEK, Pavel a kol., 2010. Syndrom rizikového chování dospívajících: krátké intervence ke snížení zneužívání návykových látek v praxi praktického lékaře pro děti a dorost. *Zaostřeno na drogy*, roč. 8, č. 3. ISSN 1214-1089.

- KABÍČEK, Pavel a Jana HAMANOVÁ, 2005. Prevence rizikového chování v dospívání. *Postgraduální medicína*, roč. 7. příloha č. 2: Preventivní pediatrie – manuál pro provádění preventivních prohlídek, s. 57-60. ISSN 1212-4184.
- KALINA, Kamil, 2000. Léčba drogově závislých. In: NOVÁKOVÁ, D. a kol. *Drogy ze všech stran II.: Sborník příspěvků o drogové problematice*. Sv. 5. Praha: Institut Filia.
- KALINA, Kamil a kol., 2001. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Filia Nova. ISBN 80-238-8014-4.
- KALVÍNSKÁ, Eva, 2011. Komunikace s vážně nemocnými a umírajícími. In: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 363-374. ISBN 978-80-247-3976-2.
- KONRÁD, Zdeněk a Viktor PORADA, 1996. Metodika vyšetřování vybraných druhů trestných činů. Praha: ARMEX Praha.
- KORANDA, Marian a Martin MARUŠÁK, 2010. Dětské a dorostové detoxikační centrum. In: PRESLOVÁ, Ilona, Olga HANKOVÁ a kol. *Mladiství a drogy*. Praha: Sananim, s. 15-20. ISBN 978-80-904536-0-9.
- KOŠTÁLOVÁ, Ludmila, 2007. Fyziologie puberty. *Pediatrica pre prax*, roč. 8, č. 3, s. 135-140. ISSN 1336-8168.
- KUDRLE, Stanislav, 2003. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 91-95. ISBN 80-86734-05-6.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- KRÁLÍKOVÁ, Eva, Lenka ŠTĚPÁNKOVÁ a Ludmila POHLOVÁ, 2009. Aktuální stav kontroly tabáku v ČR. *Medicína pro praxi*, roč. 6, č. 1, s. 25-29. ISSN 1214-8687.
- KRCH, František David a Hana DRÁBKOVÁ, 1999. *Současné změny životního stylu a duševní zdraví české mládeže*. Praha: Research Support Scheme, 1999.
- LAMSER, Václav, 1966. *Základy sociologického výzkumu*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství svoboda.
- LANGMEIER, Josef, Karel BALCAR a Jan ŠPITZ, 2000. *Dětská psychoterapie*. 2. vyd., rozšíř. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 80-7178-381-1.

- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
- LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.
- LUKEŠOVÁ, Jaroslava a Marcela LITOVÁ, 2011. Drogově závislé matky a jejich děti. In: ŠULOVÁ, Lenka a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, s. 314-331. ISBN 978-80-7345-238-4.
- MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. 2. upr. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-747-7.
- MACHOVEC, Milan, 2012. *Smysl lidské existence*. 5. nezm. vyd. Praha: Akropolis. ISBN 978-80-7304-143-4.
- MALÁ, Eva, 2008. Poruchy chování (F91). In: HORT, Vladimír a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5.
- MATOUŠEK, Oldřich a Andrea MATOUŠKOVÁ, 2011. *Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-825-8.
- MAREŠOVÁ, Alena a kol., 2003. *Drogy a vězeňská populace v kontextu drogové scény a trestněprávní legislativy*. 1. vyd. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci. ISBN 80-7338-018-8.
- MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL, 2008. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1521-6.
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, 2000. *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-851-2144-1.
- MINAŘÍK, Jakub, 2008. *Přehled psychotropních látek a jejich účinnů*. In: KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 339-368 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- MINAŘÍK, Jakub a Jiřina HOBSTOVÁ, 2003. Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová postižení. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 223-228. ISBN 80-86734-05-6.

- MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- MRAVČÍK, Viktor a kol., 2006. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-99-4.
- MRAVČÍK, Viktor a kol., 2011. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-056-8.
- MRAVČÍK, Viktor a kol., 2012. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-067-4.
- NEŠPOR, Karel, 2003. Detoxifikační jednotky. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 190-194. ISBN 80-86734-05-6.
- NEŠPOR, Karel, 2004. Alkohol a jiné návykové látky u dětí. Prevence v rodině. *Časopis lékařů českých*, roč. 143, č. 8, s. 561-564. ISSN 0008-7335.
- NEŠPOR, Karel, 2006. *Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. 1. vyd. Brno: Host. ISBN 80-7294-206-9.
- NEŠPOR, Karel, 2011. *Návykové chování a závislost*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, Karel, 2012. Prevence návykových nemocí v rodině. *Alkoholismus a drogové závislosti*, roč. 47, č. 2, s. 115-120. ISSN 0862-0350.
- NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY, 2002. „Průchozí“ drogy: co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající. Praha: Fortuna. ISBN 80-7071-198-1.
- NEŠPOR, Karel, Ladislav CSÉMY a Hana PERNICOVÁ, 1996. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a na středních školách*. Praha: Sportpropag.
- NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY, 1996. *Léčba a prevence závislostí: Příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-8511-52-2.
- NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY, 1997. Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat. 4., rozš. vydání. Praha: BESIP.

- NEŠPOR, Karel, Ladislav CSÉMY a Hana PROVAZNÍKOVÁ, 1998. *Dotazník pro dospívající identifikující rizikové oblasti (volně podle R. E. Tartera)*. 1. vyd. Praha: Fortuna. ISBN 80-7071-106-X.
- NEŠPOR, Karel a Marie MÜLLEROVÁ, 2006. *Jak přestat brát (drogy): Svépomocná příručka*. Praha: FIT IN.
- NEŠPOR, Karel a Andrea SCHEANSOVÁ, 2010. Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika. *Bulletin Sdružení praktických lékařů České republiky*, roč. 20, č. 6, s. 32-38. ISSN 1212-6152.
- NOLEN-HOEKSEMA, Susan a kol. 2012. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. 3., přeprac. vyd. Praha: Portál. 978-80-262-0083-3.
- NOVÁKOVÁ, Jana, 2005. Pohlavní choroby u dětí. *Vox Pediatrice*, roč. 5, č. 2, s. 16-20. ISSN 1213-2241.
- OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ, 2009. Komplexní přístup aneb staronová psychosomatika. In: OREL, Miroslav, Věra FACOVÁ a kol. *Člověk, jeho mozek a svět*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2617-5.
- PACLT, Ivo, 2007. Hyperkinetický syndrom: klinický obraz a diagnostika. In: PACLT, Ivo a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 13-24. ISBN 978-80-247-1426-4.
- PAVLAS, Ivan, 2001. *Člověk a drogové závislosti*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7042-197-5.
- PÁRALOVÁ, Lenka, 2008. Pohlavní choroby – II. díl. *Dermatologie pro praxi*, roč. 2, č. 3, s. 56-59. ISSN 1802-2960.
- PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-569-8.
- PEŠEK, Roman a Kateřina NEČESANÁ, 2009. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících*. Písek: Arkáda – sociálně psychologické centrum. ISBN 978-80-254-5971-3.
- PONĚŠICKÝ, Jan a kol., 2006. *Člověk a jeho postavení ve světě: filozofické otázky – psychologické odpovědi*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-861-1.

- POPOV, Petr, 2001. Návykové poruchy. In: RABOCH, Jiří, Petr ZVOLSKÝ a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, s. 182-226. ISBN 80-7262-140-8.
- POPOV, Petr, 2012. Návykové nemoci. In: RABOCH, Jiří, Pavel Pavlovský a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, s. 208-243. ISBN 978-80-246-1985-9.
- PRAŠKO, Ján, 2006. Péče o suicidálního pacienta. *Psychiatria pre prax*, roč. 6, č. 4, s. 178-183. ISSN 1335-9584.
- PRESTON, Andrew a Andy MALINOWSKI, 2007. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-87041-28-4.
- PROKEŠOVÁ, Miriam, 2000. *Úcta a chuť k životu, aneb, Výchova jako cesta k naději: věnováno studentům v rámci přednášek nejen k filosofii výchovy, ale také k didaktice, k protidrogové výchově i k menšinovým kulturám*. 1. vyd. Ostrava: Repronis. ISBN 80-86122-71-9.
- PTÁČEK, Radek, 2006. *Poruchy chování v dětském věku*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-81-4.
- PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ, 2003. *Pedagogický slovník*. 4., aktualiz. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-772-8.
- RADIMECKÝ, Josef, 2007. Úvod do adiktologie - terminologie, modely a přístupy. In: MARTANOVÁ, Veronika a kol. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Praha: Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a VFN Univerzita Karlova v Praze, s. 84-91. ISBN 978-80-254-0525-3.
- REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.
- RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, Martina, 2008. Systém péče a jeho složky. In: KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 369-386 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- ROZTOČIL, Aleš a kol., 2011. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.
- ŘEHAN, Vladimír, 1994. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-7067-359-1.

- ŘEHAN, Vladimír, 2007. *Adiktologie 1*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1745-5.
- SPILKOVÁ, Jana, 2010. Psychosexuální vývoj. In WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 93-106. ISBN 978-80-247-2492-8.
- STANKOWSKI, Adam, 2004. *Nástin problematiky etopédie a sociální patologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7042-360-9.
- ŠAŠINKA, Miroslav a Katarína FURKOVÁ, 2007. Hodnotenie puberty. *Via practica*, roč. 4, č. 3, s. 114-116. ISSN 1336-4790.
- ŠIRŮČKOVÁ, Michaela, 2012. Rizikové chování (Risk behaviour, problém behaviour, risk-taking behaviour). In: MIOVSKÝ, Michal a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, s. 127-132. ISBN 978-80-87258-89-7.
- ŠULOVÁ, Lenka, 2011. Psychosociální změny v dospívání. In: ŠULOVÁ, Lenka a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, s. 104-112. ISBN 978-80-7345-238-4.
- ŠTEFLOVÁ, Alena, 2011. Úvodní slovo WHO. In: KALMAN, Michal. *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2985-4.
- ŠVARCOVÁ, Eva, 2006. Rizika mládeže v současné době. In: TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana a Martin SMUTEK. *Riziková mládež v současné společnosti*. Hradec Králové: Gaudeamus, s. 162-165. ISBN 80-7041-044-2.
- TYRLÍK, Mojmír, Petr MACEK a Jan ŠIRŮČEK, 2010. *Sebepojetí a identita v adolescenci: sociální a kulturní kontext*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5107-2.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. rozšíř. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.
- VANÍČKOVÁ, Eva, 2007. *Dětská prostituce*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2218-4.

- VAVŘINKOVÁ, Blanka, 2008. Abúzus drog a sociální problematika v těhotenství. In: ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.
- VAVŘINKOVÁ, Blanka, 2011. Reprodukce a drogová závislost. In: ŠULOVÁ, Lenka a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, s. 307-332. ISBN 978-80-7345-238-4.
- VELEMÍNSKÝ, Miloš a kol., 2011. *Zdraví a nemoc*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394326-4.
- VOKURKA, Martin, Jan HUGO a kol., 2009. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-807-3452-025.
- ZÁBRANSKÝ, Tomáš, 2003. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0709-4.
- ZÁHEJSKÝ, Jiří, 2008. Poznámky k aktuální venerologické problematice v rámci oboru dermatovenerologie. *Dermatologie pro praxi*, roč. 2, č. 2, s. 47-48. ISSN 1802-2960.
- ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.
- ZEMAN, Petr a Hana GAJDOŠÍKOVÁ, 2010. Nový trestní zákoník: změny v postihu (nejen) drogové kriminality. *Zaostřeno na drogy*, roč. 8, č. 1. ISSN 1214-1089.
- ZEMKOVÁ, Daniela a Marta ŠNAJDEROVÁ, 2009. Puberta v ambulanci pediatra. *Pediatrica pre prax*, roč. 10, č. 6, s. 299-302. ISSN 1336-8168.
- ZIKMUNDOVÁ, Martina, 2010. Prostituce. In: WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 639-652. ISBN 978-80-247-2492-8.
- ŽÁČKOVÁ, Markéta a Pavel THEINER, 2008. Problémové chování u adolescentů – poruchy chování, hyperkinetické poruchy a poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek. *Neurológia pre prax*, roč. 8, č. 6, s. 324-328. ISSN 1335-9592.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

- BARRETT, Anne E. and R. Jay TURNER, 2006. Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: examining explanations for the relationship.

Addiction, vol. 101, no. 1, pp. 109-120. ISSN 09652140. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2005.01296.x.

BJORKLUND, David and BLASI Carlos Hernández, 2012. *Child and Adolescent Development: An Integrated Approach*. 1st edition. Wadsworth: Cengage Learning. ISBN 978-0-495-09563-7.

CLARK, B. Duncan et al., 2005. Childhood risk categories for adolescent substance involvement: a general liability typology. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 77, pp. 13-21.

DE BELLIS, Michael D. et al., 2000. Hippocampal Volume in Adolescent-Onset Alcohol Use Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 157, no. 5, pp. 737-744.

DEINER, Penny Low, 2009. *Inclusive early childhood education: development, resources, and practice*. 5th Ed. Belmont, CA: Cengage Learning/Wadsworth, xviii. ISBN 978-142-8320-864.

DONOVAN, John E., 2004. Adolescent alcohol initiation: A review of psychosocial risk factors. *Journal of Adolescent Health*, vol. 35, no. 6, pp. ISSN 1054139x.

EMCDDA, 2009. *An overview of the problem drug use (PDU) key indicator*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction.

GROSSMAN, Michael, Robert KAESTNER and MARKOWITZ, Sara, 2004. An Investigation of the Effect of Alcohol Policies on Youth STDs. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, vol. 16, pp. 229-256. ISBN 978-0-76231-233-7.

HAWKINS, J. David, Richard F. CATALANO and MILLER, J. Y., 1992. Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological Bulletin*, vol. 112, no. 1, pp. 64-105.

HEMOVICH, Vanessa and William D. CRANO, 2009. Family Structure and Adolescent Drug Use: An Exploration of Single-Parent Families. *Substance Use*, vol. 44, no. 14, pp. 2099-2113. ISSN 1082-6084.

HEMOVICH, Vanessa, Andrew LAC a William D. CRANO, 2011. Understanding early-onset drug and alcohol outcomes among youth: The role of family structure, social factors, and interpersonal perceptions of use. *Psychology, Health*, vol. 16, no. 3.

- JAFFE, Steven L., 2001. *Adolescent substance abuse intervention workbook: taking a first step*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Press. ISBN 978-158-5620-067.
- JONES, Lisa et al., 2006. *A review of Community-Based Interventions to Reduce Substance Misuse among Vulnerable and Disadvantaged Young People*. Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University.
- KLEIMAN, Mark and James HAWDON, 2011. *Encyclopedia of drug policy*. SAGE Reference. ISBN 978-1-4129-7695-4.
- KRAEMER, Helena Chmura et al., 1997. Coming to Terms With the Terms of Risk. *Archives of General Psychiatry*, vol. 54, no. 4, pp. 337-343.
- MARTSOLF, Donna S. and Jacqueline R. MICKLEY, 1998. The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 27, no 2, pp. 294-303. ISSN 0309-2402.
- MRAZEK, Patricia J. and Robert J. HAGGERTY, 1994. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, D.C.: National Academy press. ISBN 0-309-04939-3.
- NEWCOMB, Michael D., 1995. Identifying high-risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. In: RAHDERT, Elizabeth and Dorynne CZECHOWICZ. *Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*. Health Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, Division of Clinical and Services Research, 1995.
- NATIONAL COMMISSION ON DRUG FREE SCHOOLS, 1990. *Toward a drug-free generation: A nation's responsibility*. Washington, DC: U.S. Department of Education.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 1997. *Preventing Drug Use among Children and Adolescents*. Second Edition.
- PAGLIA, Angela and Robin ROOM, 1999. Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, vol. 20, no. 1, pp. 3-50.

- PIERCE, John P. et al., 1991. Does Tobacco Advertising Target Young People to Start Smoking? Evidence From California. *The Journal of the American Medical Association*, vol. 266, no. 22, pp. 3154-3158.
- RECTOR, Robert et al., 2003. *The Harmful effects of Early Sexual Activity and Multiple Sexual Partners Among Women: A Book of Charts*. Washington, D.C.: The Heritage Foundation.
- SIAHPUSH, Mohammad et al., 2009. Taxation reduces social disparities in adult smoking prevalence. *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 36, no. 4, pp. 285-291.
- SIEGEL, Larry J. and Brandon C. WELSH, 2009. *Juvenile Delinquency: Theory, Practice, and Law*. Wadsworth. 10th Ed. Belmont, CA: Cengage Learning, xxiv. ISBN 04-955-0774-1.
- SCHULENBERG, John E. and Jennifer L. MAGGS, 2002. A Developmental Perspective on Alcohol Use and Heavy Drinking during Adolescence and the Transition to Young Adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, vol. suppl. 14, pp. 54-70.
- SWADI, Harith, 1999. Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and alcohol Dependence*, vol. 55, no. 3, pp. 209-224.
- SWADI, Harith, 2000. Substance misuse in adolescents. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 6, pp. 201-210.
- SQUEGLIA, Lindsay M., Joanna JACOBUS and Susan F. TAPERT, 2009. *The Influence of Substance Use on Adolescent Brain Development*, vol. 40, no. 1, pp. 31-38.
- THIRLAWAY, Kathryn and Dominic UPTON, 2009. *The Psychology of Lifestyle: Promoting Thirlaway and Dominic Upton*. First edition. Oxon: Routledge. ISBN 0415416620.
- TSE, Samson et al., 2005. *Australian Occupational Therapy Journal*, vol. 52, no. 3, pp. 181-187. ISSN 0045-0766.
- VICTORIA. PREMIER'S DRUG ADVISORY COUNCIL, 1996. *Drugs and our community: report of the Premier's Drug Advisory Council*. Melbourne, Vic: The Council. ISBN 07-306-9227-2.

Seznam použitých internetových zdrojů

- ALASKA DIVISION OF BEHAVIORAL HEALTH, 2011. *Risk and Protective Factors for Adolescent Substance Use (and other Problem Behavior)*. Dostupné z: <http://dhss.alaska.gov/dbh/Documents/Prevention/programs/spfsg/pdfs/Risk_Protective_Factors.pdf>.
- ASOCIACE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE, [b.r.]. *Dětské psychiatrické léčebny a lůžka* [online]. [b.r.] [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <<http://www.addp.cz/detske-psychiatricke-lecebny-a-luzka>>.
- CENTRUM ADIKTOLOGIE, 2010. *1.6. Proces změny prokrastinačního chování* [online]. 2010 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <<http://poradna.adiktologie.cz/svepomocna-aplikace/prokrastinace/1.-motivacni-faze-prokr/1.6.-proces-zmeny-prokrastinacniho-chovani/>>.
- CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, 2006. *Sebevraždy* [online]. 2006 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/amepra_brozura_03.pdf>.
- DVOŘÁK, Jakub, 2007. *Systém náhradní výchovy* [online]. 2010 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.anv.cz/System_nahradni_vychovy.pdf>.
- EMCDDA, [b.r.]. *Problem Behaviour* [online]. [b.r.] [cit. 2013-02-05]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_3758_EN_Problem%20Behaviour.html>.
- EMCDDA, [b.r.]. *Attitudes to Drug Use* [online]. [b.r.] [cit. 2013-02-05]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_3868_EN_attitudes%20to%20drug%20use.pdf>.
- JESSOR, Richard, 1991. *Rizikové chování v dospívání: psychosociální rámec pro chápání a jednání* [online]. 1991 [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/uploads/Skupina_6/Odbor_61/Prevence/Prevence_rizikoveho_chovani_Jessor_preklad.pdf>.
- MRAVČÍK, Viktor, 2012. *Koncepce sítě zdravotních služeb oboru adiktologie: pracovní verze č. 2.4* [online]. 2010 [cit. 2013-01-01]. Dostupné z: <www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=96176>.

NÁRODNÍ INFORMAČNÍ CENTRUM PRO MLÁDEŽ, 2005. *Kriminalita a delikvence: charakteristika* [online]. 2005 [cit. 2013-01-29]. Dostupné z: <<http://www.nicm.cz/kriminalita-a-delikvence-charakteristika>>.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI, 2011. Zákon o opatřeních k ochraně před škodami pús. tabákovými výrobky, alkoholem aj. návyk. látkami. *Informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. 2011 [cit. 2013-01-29]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy_a_zakon/prevence_lecba_a_souvisejici_predpisy/zakon_o_opatrenich_k_ochrane_pred_skodami_pus_tabakovymi_vyrobkymy_alkoholem_aj_navyk_latkami>.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI, 2006. Průzkum ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy a ve školských zařízeních pro preventivně výchovnou péči. *Informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. 2006 [cit. 2013-02-05]. Dostupné z:

<http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/studie/pruzkum_ve_skolskych_zarizenich_pro_vykon_ustavni_vychovy_a_ochrannu_vychovy_a_ve_skolskych_zarizenich_pro_preventivne_vychovnou_peci>.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI, 2006b. Prevence sociálně patologických jevů: průzkum ve školských zařízeních. *Informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. 2006 [cit. 2013-02-05]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/63035/277116/file/v%C3%BDsledky_prevence_soci%C3%A1ln%C4%9B_patologick%C3%BDch_jev%C5%AF_2006.pdf>.

NEMOCNICE MILOSRDNÝCH SESTER SV. KARLA BAROMEJSKÉHO V PRAZE, [b.r.]. Dětské a dorostové detoxikační centrum [online]. [b.r.] [cit. 2013-02-05]. Dostupné z: <<http://www.nmskb.cz/oddeleni/detox/>>.

NEŠPOR, Karel, [b.r.]. *Moderní léčba návykových nemocí* [online]. [b.r.] [cit. 2013-02-05]. Dostupné z: <<http://www.drnespor.eu/modlec.doc>>.

NEŠPOR, Karel a kol., 2006. *Léčba návykových nemocí – interaktivní semináře*. Praha: Sportpropag. Dostupné z: <<http://www.drnespor.eu/typrog2.doc>>.

NEŠPOR, Karel a Andrea SCHEANSOVÁ, 2009. *Dovednosti pro život v prevenci a léčbě návykových nemocí* [online]. 2009 [cit. 2013-02-18]. Dostupné z: <<http://www.cepros.cz/odborna-verejnost/zahranicni-a-domaci-praxe/dovednosti-pro-zivot-v-prevenci-a-lecbe-navykovych-nemoci.html>>.

NEŠPOR, Karel a Andrea SCHEANSOVÁ, 2009b. *Návykové nemoci a peníze*. Dostupné z: <<http://www.drnespor.eu/pe-add4.doc>>.

POLICIE ČESKÉ REPUBLIKY, 2010. *Pohlavní zneužití* [online]. 2010 [cit. 2013-01-29]. Dostupné z: <<http://www.policie.cz/clanek/zajimava-temata-pohlavni-zneuziti.aspx>>.

RADIMECKÝ, Josef, 2006. *Sex na drogách*. [online]. 2011 [cit. 2013-01-29]. Dostupné z: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/69/58/Sex-na-drogach>>.

SOCIOLOGICKÝ DATOVÝ ARCHIV SOCIOLOGICKÉHO ÚSTAVU AV ČR, [b.r.]. *Nejdůležitější legislativní normy týkající se kvalitativního výzkumu* [online]. [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <<http://medard.soc.cas.cz/czlegis.html>>.

ÚZIS ČR, 2012. *Péče o pacienty užívající psychoaktivní látky (alkohol a jiné drogy) hospitalizované v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR v roce 2011* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012 [cit. 2012-01-14]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/26_12.pdf> .

ÚZIS ČR, 2012b. *Ambulantní péče o pacienty užívající psychoaktivní látky (alkohol a jiné drogy) v roce 2011* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012 [cit. 2012-01-14]. Dostupné z: <www.uzis.cz/system/files/16_12.pdf> .

VÝCHOVNÝ ÚSTAV, DĚTSKÝ DOMOV SE ŠKOLOU, ZÁKLADNÍ ŠKOLA, STŘEDNÍ ŠKOLA A ŠKOLNÍ JÍDELNA HOSTOUNĚ, [b.r.]. *Výchovně léčebná jednotka medvědí kámen* [online]. [cit. 2013-01-29]. Dostupné z: <http://www.vudds-hostoun.cz/medvedi_kamen.html>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, [b.r.]. *Reproductive health*. [online]. [cit. 2013-01-29]. Dostupné z: <http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/>.

Seznam obrázků

Obrázek 1: Kognitivní a psychosociální vývoj v závislosti na věku	13
Obrázek 2: Mapa sociální interakce.....	21
Obrázek 3: Vývojové stupně užívání návykových látek vzhledem k věku	50
Obrázek 4: Interakční schéma závislosti	53
Obrázek 5: MRI vyšetření mozku – hippocampus	59
Obrázek 6: Bludné kruhy při vzniku závislosti	65
Obrázek 7: Pozitivní kruhy v prevenci a v léčbě	65
Obrázek 8: Schéma úrovní primární prevence	93
Obrázek 9: Proces změny (podle Prochaska, DiClemente)	102
Obrázek 10: Schéma interakce rizikových a ochranných faktorů	103
Obrázek 11: Bludné kruhy při vzniku závislosti	104
Obrázek 12: Dobrý kruh prevence a léčby	104
Obrázek 13: Síť pedopsychiatrických lůžek v České republice	109
Obrázek 14: Vzorec pro výpočet celkového problémového indexu.....	119
Obrázek 15: Kvalita rozdělení souboru na skupiny podle shlukové analýzy (výstup programu SPSS).....	161

Seznam tabulek

Tabulka 1: Růst a vývoj adolescenta	12
Tabulka 2: Charakteristiky hlavních teorií o vývoji v dospívání.....	13
Tabulka 3: Průměrný a hraniční věk (v letech) začátku vývoje jednotlivých znaků puberty u dívek	14
Tabulka 4: Průměrný a hraniční věk (v letech) začátku vývoje jednotlivých znaků puberty u chlapců.....	15
Tabulka 5: Jednotlivé subtypy poruch chování podle MKN-10.....	32
Tabulka 6: Účinky návykových látek v oblasti reprodukčního chování	37
Tabulka 7: Klasifikace drog podle vzniku	45
Tabulka 8: Klasifikace drog podle typu působení a chemického složení.....	46
Tabulka 9: Klasifikace drog podle míry rizika	46
Tabulka 10: Rozdělení poruch způsobených návykovými látkami podle MKN-10	51
Tabulka 11: Rizikové faktory pro užívání návykových látek mezi mladými lidmi	66
Tabulka 12: Rizikové faktory	67
Tabulka 13: Průměrný plat a cena nejprodávanějších cigaret v ČR v jednotlivých letech.....	68
Tabulka 14: Rodičovské styly.....	78
Tabulka 15: Školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči v ČR v letech 2009 až 2011.....	87
Tabulka 16: Kapacita a počet dětí s problémy s užíváním drog ve specializovaných odděleních školských zařízení v letech 2009 až 2011	87
Tabulka 17: Prevence a bio-psycho-socio-spirituální model závislosti.....	92
Tabulka 18: Dovednosti potřebné pro život („life skills“)	98
Tabulka 19: Vliv návykových látek na mladé lidi.....	99
Tabulka 20: Počet psychiatrických ambulantních zařízení podle podílu léčených uživatelů návykových látek v roce 2011.....	106

Tabulka 21: Pacienti užívající návykové látky léčení v ambulantních zdravotnických zařízeních podle skupin návykových látek a věkových skupin v roce 2011	107
Tabulka 22: Počet pacientů Dětského a dorostového detoxikačního centra v roce 2010..	108
Tabulka 23: Počet hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2011	109
Tabulka 24: Výhody a nevýhody kvantitativního výzkumu.....	117
Tabulka 25: Přehled školských zařízení v Plzeňském kraji a Hlavním městě Praze.....	123
Tabulka 26: Vyřazené dotazníky po provedené optické kontrole	124
Tabulka 27: Výzkumný soubor podle pohlaví a věku v Praze	125
Tabulka 28: Výzkumný soubor podle pohlaví a věku v Plzni.....	125
Tabulka 29: Výzkumný soubor podle typu zařízení a věku v Praze	126
Tabulka 30: Výzkumný soubor podle typu zařízení a věku v Plzni	126
Tabulka 31: Výzkumný soubor podle kraje a věku	126
Tabulka 32: Výzkumný soubor podle zařízení	127
Tabulka 33: Charakteristiky vlastností skupin pro různé výzkumné soubory.....	176
Tabulka 34: Charakteristiky respondentů skupin pro různé výzkumné soubory.....	177
Tabulka 35: Průměrný věk první zkušenosti s návykovou látkou u jejich uživatelů	181
Tabulka 36: Prevalence užívání návykových látek látky u adolescentů.....	182
Tabulka 37: Podíl častých uživatelů návykových látek mezi jejich uživateli	183
Tabulka 38: Průměrný věk první zkušenosti s návykovou látkou u jejich uživatelů v ústavních zařízeních.....	185
Tabulka 39: Prevalence užívání návykových látek látky u adolescentů v ústavních zařízeních	186
Tabulka 40: Podíl častých uživatelů návykových látek mezi jejich uživateli v ústavních zařízeních.....	188
Tabulka 41: Průměrná doba strávená v ústavních zařízeních.....	189

Seznam grafů

Graf 1: Subjektivně vnímaná dostupnost návykových látek (v procentech)	71
Graf 2: Formy realizovaných preventivních aktivit.....	95
Graf 3: Celoživotní zkušenost s užíváním drog a jiných psychoaktivních látek	132
Graf 4: Celoživotní zkušenost s užíváním drog a jiných psychoaktivních látek, muži (ESPAD všichni).....	133
Graf 5: Celoživotní zkušenost s užíváním drog a jiných psychoaktivních látek, ženy (ESPAD všichni).....	133
Graf 6: První zkušenost s marihuanou, muži	137
Graf 7: První zkušenost s marihuanou, ženy	137
Graf 8: První zkušenost s extází, muži	138
Graf 9: První zkušenost s extází, ženy	138
Graf 10: První zkušenost s pivem, muži	139
Graf 11: První zkušenost s pivem, ženy	139
Graf 12: První zkušenost s vínem, muži	140
Graf 13: První zkušenost s vínem, ženy	140
Graf 14: První zkušenost s destilátem, muži.....	141
Graf 15: První zkušenost s destilátem, ženy	141
Graf 16: První zkušenost s opilostí, muži	142
Graf 17: První zkušenost s opilostí, ženy	142
Graf 18: První zkušenost s pervitinem, muži.....	143
Graf 19: První zkušenost s pervitinem, ženy	143
Graf 20: První zkušenost s cigaretami, muži	144
Graf 21: První zkušenost s cigaretami, ženy.....	144
Graf 22: Zkušenost s denním kouřením cigaret, muži.....	145
Graf 23: Zkušenost s denním kouřením cigaret, ženy	145

Graf 24: Frekvence užití konopných látek za celý život podle pohlaví, z těch, kteří uvedli užití marihuany nebo hašiše [%].....	147
Graf 25: Frekvence užití konopných látek v posledních 12 měsících podle pohlaví, z těch, kteří uvedli užití marihuany nebo hašiše v posledním roce [%]	148
Graf 26: Frekvence užití konopných látek v posledních 30 dnech podle pohlaví, z těch, kteří uvedli užití marihuany nebo hašiše v posledních 30 dnech [%]	149
Graf 27: Frekvence užití extáze za celý život podle pohlaví, z těch, kteří uvedli užití extáze [%]	150
Graf 28: Frekvence užití pervitinu za celý život podle pohlaví, z těch, kteří uvedli užití pervitinu [%]	150
Graf 29: Zkušenosti s konopnými drogami v posledním roce a v posledním měsíci (otázky 8b, 8c)	152
Graf 30: Zkušenosti s konopnými drogami v posledním roce a v posledním měsíci (otázky 8b, 8c), muži	152
Graf 31: Zkušenosti s konopnými drogami v posledním roce a v posledním měsíci (otázky 8b, 8c), ženy.....	153
Graf 32: Korelace jednotlivých problémových indexů vůči celkovému problémovému indexu.....	154
Graf 33: Korelace jednotlivých problémových indexů vůči celkovému problémovému indexu, muži.....	154
Graf 34: Korelace jednotlivých problémových indexů vůči celkovému problémovému indexu, ženy	155
Graf 35: Problémový index respondentů [%]	155
Graf 36: Souhrnná odpověď respondentů na otázku 16	156
Graf 37: Souhrnná odpověď respondentů na otázku 12	157
Graf 38: Souhrnná odpověď respondentů na otázku 21	158
Graf 39: Souhrnná odpověď respondentů na otázku 4	159
Graf 40: Souhrnná odpověď respondentů na otázky 9, 10 a 11.....	160
Graf 41: Seřazení nejvýznamnějších otázek dotazníků podle vztahu ke skupinám	162

Graf 42: Seřazení všech otázek dotazníků podle vztahu ke skupinám	163
Graf 43: Velikost skupin pro výzkumný soubor.....	164
Graf 44: Skupiny podle postoje k užívání návykových látek (otázka 6) – vstupní kategorie shlukové analýzy.....	165
Graf 45: Celoživotní prevalence marihuany pro skupiny (otázka 8a) – vstupní kategorie shlukové analýzy.....	166
Graf 46: Četnost užívání marihuany v posledních 12 měsících pro skupiny (otázka 8b) – vstupní kategorie shlukové analýzy	167
Graf 47: Skupiny podle pohlaví.....	168
Graf 48: Skupiny podle kraje.....	169
Graf 49: Skupiny podle typu ústavního zařízení	170
Graf 50: Odpovědi na otázky dotazníku 1 – výstupní kategorie shlukové analýzy, část 1	171
Graf 51: Odpovědi na otázky dotazníku 1 – výstupní kategorie shlukové analýzy, část 2	172
Graf 52: Odpovědi na otázky dotazníku 1 – výstupní kategorie shlukové analýzy, část 3	173
Graf 53: Odpovědi na otázky dotazníku 1 – výstupní kategorie shlukové analýzy, část 4	174
Graf 54: Odpovědi na otázky dotazníku 2 – výstupní kategorie shlukové analýzy	175

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Mgr. Bc. Blanka Gruberová

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Zneužívání návykových látek u ohrožených skupin mladých lidí z ústavních zařízení

Rok: 2013

Počet stran bez příloh: 194

Celkový počet stran příloh: 17

Počet titulů české literatury a pramenů: 127

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 32

Počet internetových zdrojů: 26

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.